

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922-1923 — N° 43

DU PITYRIASIS ROSÉ DE GIBERT

ET DE

SA CAUSE PARASITAIRE VRAISEMBLABLE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 13 Décembre 1922

PAR

André-Léopold-Henri PAPONNET

Médecin de 2^e classe de la Marine

Croix de Guerre — Médaille d'Honneur des Épidémies

Né à Rochefort (Charente-Inférieure), le 6 Septembre 1895

Examineurs de la Thèse	{	MM. W. DUBREUILH, professeur, <i>Président.</i>	} <i>Juges.</i>
		LÉ DANTEC, professeur	
		PETGES, professeur	
		DUPÉRIÉ, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE R. TAILLEBOURG FILS
80 bis, Cours de l'Argonne

—
1922



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922-1923 — N° 43

DU PITYRIASIS ROSÉ DE GIBERT

ET DE

SA CAUSE PARASITAIRE VRAISEMBLABLE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 13 Décembre 1922

PAR

André-Léopold-Henri PAPONNET

Médecin de 2^e classe de la Marine

Croix de Guerre — Médaille d'Honneur des Épidémies

Né à Rochefort (Charente-Inférieure), le 6 Septembre 1895

Examineurs de la Thèse { MM. W. DUBREUILH, professeur, *Président*.
LÉ DANTEC, professeur }
PETGES, professeur } *Juges.*
DUPÉRIÉ, agrégé }

BORDEAUX
IMPRIMERIE R. TAILLEBOURG FILS
80 bis, Cours de l'Argonne

1922



FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS Doyen

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, GUILLAUD.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale	ARNOZAN.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	CASSAET.	Médecine expérimentale	FERRÉ.
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique	LAGRANGE.
id.	VILLAR.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	DENUCÉ.
Pathologie et thérapeutique générales	CRUCHET.	Clinique gynécologique	BEGOIN.
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale	DENIGÈS.
Anatomie	PICQUÉ.	Physique pharmaceutique	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des malad. exotiques	LE DANTEC.
Physiologie	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	W.DUBREUILH
Hygiène	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires	POUSSON.
Médecine légale et déontologie	VERGER.	Clinique des maladies nerveuses et mentales	ABADIE.
Physique biologique et clin. d'électr. médicale	BERGONIÉ.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURE.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	BARTHE.
Botanique et matière médicale	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	SELLIER.
Pharmacie	DUPOUY.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie) — GUYOT (Pathologie externe) — LABAT (Pharmacie)

CARLES (Thérapeutique et pharmacologie) — PETGES (Vénérologie)

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie	N.	Médecine générale	CREYX.
Histologie	LACOSTE (chargé).	id.	MICHELEAU.
Physiologie	DELAUNAY.	Maladies mentales	PERRENS.
Anatomie pathologique	MURATET.	Médecine légale	LANDE.
Parasitologie et sciences naturelles	R. SIGALAS (chargé).	Chirurgie générale	ROCHER.
id.	N.	id.	DUVERGEY.
Physique biologique et médicale	RÉCHOU.	id.	PAPIN.
Chimie biologique et médicale	N.	Obstétrique	PERY.
Médecine générale	MAURIAC.	id.	FAUGÈRE.
id.	LEURET.	Ophtalmologie	TEULIÈRES.
id.	DUPÉRIÉ.	Pharmacie	N.

CHARGÉS DE COURS

	MM.		MM.
Clinique dentaire	CAVALIÉ.	Poëriculture	ANDERODIAS.
Médecine opératoire	VENOT.	Démonstrations et préparations pharmaceutiques	LABAT.
Accouchements	FAUGÈRE.	Chimie	RANGIER.
Ophtalmologie	CABANNES.	Pathologie interne	CREYX.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes MM. ROCHER.

Cours complémentaire annexé. — Prothèse et rééducation professionnelle GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A CEUX A QUI JE DOIS TOUT
A MON PÈRE — A MA MÈRE

*Faible témoignage de reconnaissance
et de tendre affection.*

A MON FRÈRE

A TOUS MES PARENTS

A LA MÉMOIRE

De mon Cousin FRANTZ PLENNEAU,
De mon Ami RAOUL GUICHON,
De mes AMIS et de mes CAMARADES,

MORTS POUR LA FRANCE.

A MES CAMARADES DE GUERRE

144^e RÉGIMENT D'INFANTERIE

A Madame et Monsieur PIERRE ESTEVENET

A TOUS MES AMIS

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX

A Monsieur le Professeur Picqué

PROFESSEUR D'ANATOMIE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
MÉDECIN PRINCIPAL DE 2^e CLASSE
MÉDECIN CHEF DE L'HÔPITAL COMPLÉMENTAIRE DE TALENCE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE

A Monsieur le Professeur Petges

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE

A Monsieur le Médecin général Bellot

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE
ET DES COLONIES
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur W. Dubreuilh

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITQUES

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

INTRODUCTION

Si les diverses questions de symptomatologie, de pronostic et de traitement du pityriasis rosé de Gibert sont actuellement bien établies, il est un point sur lequel la majeure partie des dermatologistes sont loin d'être d'accord, c'est la question de sa nature, les conditions de développement de cette dermatose était encore bien obscure et imparfaitement déterminées.

Pour montrer l'importance du débat, nous dirons de suite qu'alors que, l'école de Vienne, avec Hébra et Kaposi considérait l'affection comme de nature parasitaire externe, l'école française, avec les éminents dermatologistes de l'hôpital Saint-Louis, la considérait, d'abord comme un pseudo-exanthème, puis plus tard, comme le résultat d'une infection générale de l'organisme par un agent pathogène à déterminer.

C'est une question troublante que viennent de rénover les travaux récents de Du Bois, de Genève, sur l'origine cryptogamique de certaines dermatoses erythémato-squameuses du type de pityriasis rosé, et de Brocq sur l'origine infectieuse possible du pityriasis.

Sur la demande de notre maître, M. le Professeur Pet-

ges, et sur la conviction qu'il a su nous faire partager de l'origine parasitaire vraisemblable du pityriasis rosé de Gilbert, il nous a paru intéressant de reprendre complètement l'étude de cette curieuse affection, d'analyser les différentes doctrines, avec l'idée de savoir si par induction et déduction, si par des recherches de laboratoire avec les méthodes les plus récentes, l'on n'arriverait pas à grouper un faisceau d'arguments suffisants pour conclure à cette origine parasitaire. Dans l'obligation où nous nous trouvons de terminer, malheureusement trop rapidement nos recherches, nous ne pouvons pas fournir l'argument décisif, l'agent parasitaire certain de l'affection, de nouvelles recherches étant indispensables pour conclure.

Cependant nous partageons entièrement l'impression de notre maître, M. le Professeur Petges, qu'il s'agit d'une affection parasitaire de par l'évolution de la maladie, de par sa forme avec le centre plissé et la bordure saillante des éléments éruptifs, de par son allure d'épidémicité et parce qu'elle confère également l'immunité.

Nous tenons à renouveler ici, à M. le Professeur Petges, l'expression de notre sincère reconnaissance pour les conseils qu'il nous a donnés et les documents qu'il nous a fournis, en nous suggérant ce travail. Nous ne pourrions oublier la plus grande bienveillance qu'il nous a toujours témoignée, son enseignement si simple et si vivant qui a su nous faire aimer et nous encourager à étudier la dermatologie.

Nous remercions M. le Professeur Dubreuilh, dont nous avons su apprécier la grande amabilité, la haute valeur de son enseignement et auquel nous exprimons l'expression de notre sincère reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous exprimons toute notre reconnaissance à M. le Docteur Joulia pour l'amabilité avec laquelle il a bien

voulu s'intéresser à notre travail et nous donner des conseils pour nos recherches bactériologiques.

Nous remercions tout particulièrement notre vieil ami, M. le Docteur Bourriau, qui a bien voulu nous aider dans nos recherches hématologiques.

Et, arrivé au terme de nos études médicales, il nous est particulièrement agréable de remercier nos Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux pour l'enseignement qu'ils nous ont donné. Nous tenons à assurer de notre profonde gratitude celui qui fut notre premier Maître, M. le Professeur Picqué. Nous avons eu la bonne fortune de le rencontrer en pleine tourmente, pendant l'hiver 1917-18, alors qu'il dirigeait avec tant de conscience et d'abnégation l'ambulance 3/18 et plus particulièrement le poste chirurgical avancé « Paulinier » à Souain. Nous n'oublierons jamais avec quelle grande bienveillance il a su nous accueillir et nous faire commencer « face au boche » nos études de l'anatomie, ne laissant jamais passer l'occasion de nous instruire, aussi bien à la salle d'opération qu'au cours des autopsies, nous donnant d'autres leçons plus profitables encore de courage, d'énergie, de méthode et de sacrifice. Et lorsque, après des jours pénibles de captivité, il nous fut permis de prendre place à la Faculté, il nous réservait la même bienveillance, à l'amphithéâtre, pour poursuivre nos études anatomiques et profiter de son enseignement si clair, si précis, si vivant.

Nous étudierons dans un premier chapitre l'histoire du pityriasis rosé, puis, nous donnerons nos observations personnelles de cette affection. Nous étudierons ensuite la symptomatologie, l'anatomie pathologique et les recherches bactériologiques, l'étiologie et la pathogénie, le diagnostic, le pronostic et le traitement de la dermatose qui fait le sujet de notre thèse. Nous insisterons plus particulièrement sur le siège et le mode évolutif, les caractères objectifs de

l'éruption, sur l'éosinophilie fréquente au cours de cette affection, sur son caractère d'épidémicité, sa cause parasitaire vraisemblable et la nécessité d'une déficience quelconque de l'organisme pour que cette dermatose se produise.

HISTORIQUE

Le *pityriasis* rosé ne constitue pas une entité morbide distincte. C'est le symptôme objectif principal d'un certain nombre d'états morbides ayant pour caractère commun la présence d'une desquamation poussiéreuse assez analogue à la farine ou aux écailles du son, et, fort dissimulables d'ailleurs par leur aspect, leur évolution, leur nature et leur pronostic.

Employé dès l'antiquité par les premiers médecins grecs qui en indiquèrent à peine la valeur, le mot *pityriasis* a varié très fréquemment et considérablement de compréhension. Dans la terminologie de Galien, cette expression s'applique seulement aux individus porteurs de pellicules dans leurs cheveux. Mercurialis décrit le prurigo et regarde cette expression comme identique à celle de *pityriasis* lorsqu'il distingue l'eczéma du *pityriasis*.

Il faut arriver au commencement du xix^e siècle avec Willan pour voir la notion nosologique de *pityriasis* prendre corps et se restreindre le sens du mot *pityriasis* qui vient prendre place dans l'ordre des squames à côté du psoriasis et de l'ichthyose.

Pour Willan, le genre *pityriasis* comprenait 4 variétés :

ies pityriasis capitis, rubra, versicolor et nigra. Il le considérait comme une véritable maladie.

Bielt puis Cazenave admettent sans aucune modification le pityriasis willanique.

Mais nulle part dans la classification willanique l'on ne retrouve un type qui réponde au pityriasis rosé de Gibert.

Alibert range le pityriasis dans les dermatoses dartreuses, c'est pour lui une espèce du genre herpès et il le désigne sous le nom d'herpès furfureux volatile.

Il faut arriver en 1860 avec Bazin et Gibert pour trouver la première description de l'affection qui fait le sujet de notre étude. Contrairement à l'opinion classique, c'est à Bazin et non à Gibert que semble revenir le mérite d'avoir pour la première fois signalé cette affection jusque là confondue avec les autres variétés du genre pityriasis et l'eczéma. Dans ses leçons professées à Saint-Louis en 1859 et éditées en 1860, Bazin (1) fait la description d'une affection qui correspond à notre pityriasis rosé et à laquelle il donne le nom de « *pityriasis aigu disséminé* ». C'est pour lui un pseudo-exanthème, précédé habituellement par des phénomènes fébriles et se terminant par résolution dans l'espace de deux à quatre septénaires. Il distingue, suivant l'aspect de l'éruption, 2 variétés : « *maculata* » et « *circinata* ». Nous retrouvons alors cette affection, sous le nom de « *pityriasis rubra aigu* », dans les différents ouvrages de Bazin (2). Il lui reconnaît toujours ses 2 formes : « *le pityriasis rubra maculata* » et « *le pityriasis rubra circinata* » et le fait rentrer dans les pityriasis de cause interne, le rattachant aux arthritides. C'est pour lui une des manifestations de l'arthritisme, un pseudo-exanthème arthritique.

Dans le traité de Gibert (3), paru la même année que

(1) Bazin : Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées de nature arthritique et dartreuse, rédigées et publiées par L. Sergent, 1860.

(2) Bazin : Leçons théoriques et cliniques sur les affections générales de la peau, Paris 1862, t. I, p. 331.

Affections cutanées de nature arthritique et dartreuse, 2^e édit. 1868.

(3) Gibert : Traité pratique des maladies de la peau et de la syphilis 1860, p. 402.

le premier ouvrage de Bazin, où l'affection a été mentionnée pour la première fois, l'on trouve, dans le genre pityriasis, à côté des 4 variétés de la classification willaniqua, la description d'un type nouveau, le « *pityriasis rosé* ». Gibert distingue cette dermatose nouvelle des eczémas avec lesquels elle était généralement confondue jusque là et la consacre comme une véritable entité morbide. Il range cette nouvelle affection entre le pityriasis simplex et le pityriasis rubra de la description willaniqua et, du premier coup, en donne une description clinique absolument parfaite : « De petites taches furfuracées très légèrement colorées, irrégulières, d'une étendue qui ne dépasse guère celle de l'ongle, nombreuses et rapprochées, quoique séparées toujours par quelques intervalles de peau saine, prurigineuses, qui se répandent sur les parties supérieures du corps, de préférence sur le cou, le haut de la poitrine, le haut des bras, mais peuvent successivement se propager de haut en bas, jusque sur les cuisses, de sorte que la durée totale de l'éruption qui s'efface peu à peu dans les parties qu'elle avait occupée en premier lieu, à mesure qu'elle descend plus bas, se prolonge assez ordinairement pendant 6 semaines ou 2 mois. Cette éruption plus commune chez la femme que chez l'homme, s'observe assez fréquemment durant la saison chaude de l'année. Elle ne se montre guère que dans la jeunesse et sur les individus dont la peau est blanche, fine et délicate. »

Le pityriasis rosé est dès lors connu et nous le trouvons mentionné dans la plupart des ouvrages, mais sous les noms les plus variés. Il faudra de nombreuses années encore pour voir le nom de pityriasis rosé de Gibert définitivement admis par tous les dermatologistes.

Hardy le décrivit d'abord sous le nom de « *pityriasis circiné* » (1), puis sous le nom de « *pityriasis disséminé* » (2),

(1) Hardy : Leçons sur les affections cutanées et dartreuses 1862.

(2) Hardy : Art. pityriasis du nouv. dict. de médecine et chir. prat. 1880.

à cause de l'étendue de l'affection distribuée dans plusieurs régions, alors que dans les autres formes de pityriasis, l'éruption est circonscrite et bien délimitée. Il s'élevait en même temps contre la tendance des dermatologistes à faire du pityriasis une entité morbide. Avec son esprit clair, son amour de la simplification, il allait commencer le démembrement de ce groupement artificiel réunissant des affections complètement différentes. « On peut considérer, dit-il, certaines variétés de pityriasis comme un eczéma avorté ou comme cette maladie arrivée à sa dernière période... Une époque n'est pas éloignée peut-être, où le pityriasis, du moins dans quelques unes de ses formes, disparaîtra du cadre nosologique comme entité morbide. » (1).

E. Vidal va continuer ce démembrement du genre pityriasis, « le pityriasis, dit-il, considéré comme entité morbide, doit être rayé du cadre nosologique. Si l'on conserve ce nom, il ne devra plus servir qu'à désigner un mode de desquamation par petites écailles furfuracées et nullement une espèce pathologique » (2). Il donnait une bonne étude du pityriasis rosé en insistant sur le mode de début par papulation congestive de l'élément éruptif. Son élève Metton (3) montrait que les divers aspects, maculeux et circonés, des éléments éruptifs ne représentaient, en réalité, que la même lésion à différentes périodes de son évolution, et que l'on devait, par conséquent, rejeter comme deux formes différentes de la maladie les formes maculeuses et circonées de Bazin. Avec E. Vidal, il considérait l'affection comme un *érythème desquamatif pseudo-exanthématique*. En 1882, E. Vidal (4) séparait du pityriasis rosé une affection à laquelle il donnait le nom de « *pityriasis circiné et marginé* » et qui serait provoquée par un champignon, le « *microsporon anomæon ou dispar* ».

(1) Hardy : Leçons sur les maladies de la peau, 1858, p. 121.

(2) Vidal : Du pityriasis. *Progrès médical* 1877, p. 685.

(3) Metton : Thèse de Paris 1877. Etude sur le pityriasis rosé.

(4) E. Vidal : Du pityriasis circiné et marginé ; description de son myco-derme, le microsporon anomæon. *Ann. de Dermat. et syph.* 1882, t. III, 2^e série page 22.

Horand (1) décrivait sous le nom de *pityriasis circiné* une affection qu'il croyait nouvelle et qu'il avait eu plusieurs fois l'occasion d'observer chez les enfants dans le service de l'Antiquaille. Les sept observations qu'il donne de cette affection montrent qu'il s'agit, en réalité, du pityriasis rosé de Gibert.

Fournier et deux de ses élèves, Nicolas (2) et Chapard (3), reléguant au second plan la desquamation furfuracée qui avait conduit Gibert et Bazin à faire de l'affection une variété de pityriasis, et pour montrer l'analogie de cette affection avec les fièvres éruptives, proposaient de lui donner le nom de « *roséole squameuse* ». C'était pour eux « un pseudo-exanthème, c'est-à-dire quelque chose d'intermédiaire entre une fièvre éruptive et une dermatose chronique, mais se rapprochant plus d'une fièvre éruptive que d'une dermatose ».

Hilairét et Gaucher (4) décrivaient 4 espèces de pityriasis, simplex, pilaris rubra et rosé de Gibert, pour considérer, à ce dernier, avec Bazin, deux formes maculata et circinata.

Pignot (5) donnait une description nette du pityriasis rosé dont il faisait une véritable entité morbide parfaitement distincte et dont il séparait, après Vidal, le pityriasis circiné dont l'origine mycosique ne faisait pour lui aucun doute.

L'affection est dès lors parfaitement connue de tous les dermatologistes. L'accord est fait pour la considérer comme une véritable entité morbide parfaitement distincte des autres dermatoses rangées sous le titre de pity-

(1) Horand : Note pour servir à l'histoire du pityriasis circiné. *Ann. de Dermat. et syph.*, t. VII, n° 1, 1875-76, p. 352.

(2) Nicolas : Thèse de Paris 1880. Du pityriasis rosé ou de la roséole squameuse.

(3) Chapard : Thèse de Paris 1885. De la roséole squameuse.

(4) Hilairét et Gaucher : Traité théorique et prat. des maladies de la peau 1885, t. I, p. 621.

(5) Pignot : Art. Pityriasis du Dict. encyclop. des sciences médicales 1885.

riasis, et tous la rapprocheront plus ou moins nettement des éruptions aiguës, des exanthèmes infectieux. Le nom de pityriasis rosé de Gibert est désormais définitivement admis. De nombreux travaux vont cependant paraître sur la question de la nature de l'affection et sur l'étude anatomo-pathologique des lésions.

Jacquet (1) insistait, après Bouchard, sur la fréquence de la dilatation de l'estomac, pour considérer le pityriasis rosé comme le résultat d'une auto-intoxication d'origine gastrique. Moingeard (2) donnait une bonne étude de la question, qu'il mettait nettement au point. Il insistait particulièrement sur la non récidivité de l'affection, qui avait été, avant lui, signalée par Thibierge, et sur son évolution cyclique pour la rapprocher des fièvres éruptives et en faire une maladie infectieuse.

Brocq (3) signalait le mode de début spécial et habituel de l'éruption, par un élément unique, persistant seul pendant quelques jours, auquel il donnait le nom de « *plaque primitive du pityriasis rosé* ». L'évolution si spéciale de l'affection en deux temps bien distincts avec la plaque primitive d'une part, l'éruption secondaire d'autre part, le conduisait à considérer l'affection, par analogie à la syphilis avec son chancre et la roséole secondaire, comme le résultat d'une infection générale de l'organisme.

Poursuivant l'étude du pityriasis rosé, Brocq (4) est amené à décrire de nombreux faits de passage reliant cette affection aux dermatoses qu'il groupe sous le nom de « *séborrhéides psoriasiformes* » d'abord, puis, plus tard, sous

(1) Jacquet : Note sur deux cas de pityriasis rosé observé chez des sujets atteints de dilatation gastrique. (Société clinique 27 mai 1886), *France médicale* 1886, t. I, p. 781.

(2) Moingeard : Thèse de Paris 1889. Etude sur le pityriasis rosé de Gibert.

(3) Brocq : Note sur la plaque primitive du pityriasis rosé de Gibert. *Ann. de Dermat. et syph.*, 2^e série, t. VIII, 1887, p. 615.

(4) Brocq : Traitement des dermatoses, 2^e édition 1892.

Eruptions intermédiaires au pityriasis rosé de Gibert et aux séborrhéides psoriasiformes. *Presse médicale*, 11 juillet 1903, n^o 55, p. 501.

Traité élémentaire de Dermatologie pratique. Paris 1907.

le nom de « *parakératoses psoriasiformes* », et qui correspondent à l'eczéma séborrhéique de Unna. Il est ainsi amené à considérer l'existence de parakératoses psoriasiformes à type de pityriasis rosé de Gibert. Le pityriasis rosé typique est pour lui une éruption par infection générale de l'organisme, « une sorte de pseudo-exanthème infectieux ». Dans un travail récent (1), il est tout à fait catégorique dans cette manière de comprendre la nature de l'affection.

Thibierge (2) signalait le premier la non récidivité habituelle du pityriasis rosé et insistait sur le polyphormisme de l'éruption, qui est pour lui l'un des caractères morphologiques les plus remarquables de l'affection. L'absence de récidives, le développement saisonnier et en séries de l'affection, la systématisation des lésions, lui feront conclure que le pityriasis rosé doit être le résultat d'une infection générale.

Sabouraud (3) donne une bonne étude anatomo-pathologique des éléments éruptifs et décrit la vésiculette primordiale qu'il croit particulière au pityriasis rosé. Se basant sur l'absence de microbes, la présence de leucocytes mononucléaires, dépourvus de tout pourvoi phagocytaire, dans le liquide des vésicules histologiques, il est conduit à faire de cette affection « un érythème vésiculeux de cause interne à déterminer, qui serait placé à côté des érythèmes polymorphes ».

Darier (4), se basant sur les caractères cliniques du pityriasis rosé, considère l'affection comme de « nature infectieuse interne ». Il fait rentrer le pityriasis circiné et marginé de Vidal dans ses eczématides pityriasiformes, qui correspondent aux parakératoses psoriasiformes de Brocq.

(1) Brocq : Problème de la nature du pityriasis rosé. *Journal de médecine et de chirurgie pratique*, 25 janvier 1922, p. 49.

(2) Thibierge : La pratique dermatologique.

(3) Sabouraud : Les maladies desquamatives : pityriasis et alopecies pelli-
culaires. Paris 1904, p. 621.

(4) Darier : Précis de Dermatologie, 2^e édition 1918, p. 96.

Il reconnaît toutefois que certaines eczématides pityriasiformes simulent de si près le pityriasis rosé de Gibert qu'il est à peine légitime de les distinguer.

Du Bois (de Genève (1), signale, en 1912, un fait d'une importance considérable qui semble montrer l'origine mycosique de l'affection. Il a rencontré dans un cas de pityriasis rosé typique et dans deux formes anormales de cette affection, correspondant, l'une aux parakératoses disséminées à type de pityriasis rosé, l'autre au pityriasis circiné et marginé de Vidal, un parasite cryptogamique spécial auquel il donne le nom de « *microsporon dispar* » et qui est pour lui l'agent pathogène de l'affection. Covisa (2) confirme, la même année, ces recherches qui ne l'ont pas été depuis par aucun autre dermatologiste.

Dans un travail récent, Le Damany (3) signale l'existence d'une microlyadénopathie, qui est constante pour lui, au cours du pityriasis rosé de Gibert. Se basant sur l'existence de cette micropolyadénopathie, la fréquence des symptômes généraux qui accompagnent, précèdent ou suivent l'éruption, la possibilité des récurrences et surtout sur la coexistence fréquente de diverses manifestations tuberculeuses, il n'hésite pas à conclure que « le pityriasis rosé de Gibert est une tuberculide ». Son élève Lebreton (4) confirme cette manière de comprendre l'affection.

Nous devons enfin signaler pour terminer l'histoire du pityriasis rosé en France, la possibilité de modifications de la formule leucocytaire au cours de cette affection. Milian (5), qui vient récemment d'attirer l'attention sur cette

(1) Du Bois : Parasite cryptogamique des dermatoses érythémato-squameuses du type pityriasis rosé de Gibert. *Ann. de Dermat. et syph.* 1912, 9^e série, t. III, page 32.

(2) Covisa : Pityriasis rosada de Gibert. *Acta dermo sifiliograficas*, IV^e année, avril-mai 1912, n^o 4, p. 233.

(3) Le Damany : Le pityriasis rosé de Gibert est une tuberculide. *Presse médicale*, 10 mars 1919, n^o 14, p. 121.

(4) Lebreton : Thèse de Paris 1919-20. Le pityriasis rosé de Gibert est une tuberculide, étude pathogénique.

(5) Milian : *Bulletin de la Société française de Dermat. et syph.* 1922, n^o 5, 11 mai 1922.

question, signale au cours du pityriasis rosé une leucocytose marquée, une polynucléose et une éosinophilie notables.

Pendant que le pityriasis rosé était à l'étude en France, de nombreux travaux paraissaient à l'étranger sur la question. En Angleterre, c'est Erasmus Wilson (1) qui signalait le premier cette affection sous le nom d'« *eczéma érythémateux* ». Radcliffe Crocker (2) lui consacre une longue étude et distingue les deux formes *maculata* et *circinata* de Bazin. Il signale le premier la possibilité de la contagion de cette affection, dont la nature parasitaire ne fait pour lui aucun doute.

Brooke (3) (de Manchester) le rattache au type séborrheacorporis et considère ces deux affections comme de mêmes types morbides devant prendre place dans les séborrhéides.

Nous devons signaler aussi les travaux de H. Towle (4), qui montre le premier l'existence de modifications de la formule leucocytaire au cours du pityriasis rosé, dans lequel l'on observe une lymphocytose, de l'éosinophilie et quelques mastzellen.

Graham Little (5) rapporte de curieux exemples de récidives et donne une bonne étude de l'affection.

En Amérique, l'affection était signalée d'abord par Dühring (6), sous le nom de « *pityriasis circinata et maculata* », puis par Ziemssen (7), qui en donnait une bonne étude sous le nom de pityriasis rosé.

(1) Erasmus Wilson : Lectures on eczéma, 1870, p. 150 et 356.
Lectures on dermatology delivered in 1871-72-73.

(2) Radcliffe Crocker : Diseases of the skin. Londres 1888, p. 206.

(3) Brooke : The relations of the seborrhæic process to some other affections of the skin, juin 1889.

(4) Towle : *Journal of cutaneous diseases*, avril 1904, p. 177.

(5) E. Gr. Little : *The Lancet*, 21 nov. 1904, t. II, p. 1196.

(6) Dühring : Traité théorique et prat. des maladies de la peau, trad. Barthélemy et Colson 1883.

(7) Ziemssen : Hand book of diseases of the skin 1885, p. 262.

L'Angleterre et l'Amérique acceptent les doctrines de l'école Saint-Louis et regardent l'affection de Gibert comme une affection dont la nature infectieuse est probable.

L'école viennoise, au contraire, avec Hébra (1), Kaposi (2), Neumann (3), loin d'assimiler le pityriasis rosé aux fièvres éruptives et d'en faire, avec l'école française, un pseudo-exanthème infectieux, le fait rentrer dans les affections cutanées d'origine parasitaire externe et le décrit sous le nom d'« *herpes tonsurans maculosus* ». C'est pour l'école viennoise, une variété de trichophytie aiguë disséminée des parties glabres, déterminée par le « *trichophyton tonsurans* ».

Cependant Weyl (4) reconnaît le pityriasis rosé comme entité morbide et s'applique à en faire le diagnostic avec l'herpes tonsurans maculosus de Hébra.

Unna (5) donnait une bonne étude anatomo-pathologique du pityriasis rosé, qu'il englobait dans l'eczéma séborrhéique.

Hollmann (6) en donnait également une bonne étude histologique et confirmait l'existence de l'état spongoïde signalé par Unna dans les lésions du pityriasis rosé. Il montrait que les premiers processus morbides ont leur siège dans le derme et que ce n'est que plus tard que se produit l'exfoliation des parties centrales.

Lassar (7) distingue le pityriasis rosé de l'herpès tonsurant, mais croit qu'il résulte bien d'une infection cutanée

(1) Hébra et Kaposi : Leçons sur les maladies de la peau, trad. E. Besnier et A. Doyon, t. II, 1881.

(2) R. Kaposi : Pathogénie et traitement des maladies de la peau, trad. E. Besnier et A. Doyon, 1891, t. II.

(3) Neumann : Traité des maladies de la peau, trad. Doyon, 4^e édit. 1880.

(4) Weyl : Berlinischer klinische Wochenschrift 1882, p. 495.

(5) Unna : Histo-pathologie der Hautkrankheiten.

(6) Hollmann : Zur histo-pathologie der Pityriasis rosea Gibert. *Archiv. J. dermat. und syph.* 1900, t. LI, p. 229. (Berliner dermatologische gesellschaft, 6 juin 1899).

(7) Lassar : (Berliner dermatolog. gesellschaft, 2 février 1892). Analyse in *Ann. dermat. et syph.* 1892, 3^e série, t. III, p. 1289.

exogène, dont le germe inconnu est apporté par du linge neuf ou blanchi depuis longtemps.

Blaschko (1) conclut lui aussi à l'origine exogène de l'affection, qui est provoquée par un champignon voisin du trichophyton; pour lui, l'aspect de la maladie ne dépend pas de la nature du champignon, mais de la réaction particulière de la peau, ce qui explique les diverses variétés cliniques de l'affection.

La grande majorité des dermatologistes allemands ont actuellement abandonné l'opinion de Hébra et font du pityriasis une affection autonome.

J. V. Szaboky (2), dans une bonne étude du pityriasis rosé, rejette l'étiologie parasitaire de cette affection et insiste sur la fréquence des troubles fonctionnels divers du système nerveux pour conclure que cette affection est favorisée par une modification de l'innervation de la peau.

En Italie, les dermatologistes tendent, comme l'école viennoise, à considérer le pityriasis rosé comme une affection parasitaire.

Primo Ferrari (3) retrouve le microsporon anomœon de Vidal dans les formes circonscrites.

M. Oro et L. Mosca (4) font une bonne étude anatomopathologique de l'affection.

(1) Blaschko : Idem.

(2) Szaboky : Monatshefte f. prak. dermatology 1906, t. XLII, p. 495.

(3) Primo Ferrari : (Communication à l'Académie Gioenia di Catania, 26 juillet 1895.) Analyse in *Ann. dermat. et syph.* 1886, t. VII, p. 185.

(4) R. Oro et L. Mosca : (Sulla P. rosea di Gibert). ricerche cliniche, anatomo-pathologiche, batteriologiche sperimentali.—Commentario clinico della mala lattie cutanee e genito-urinaire 1893, pp. 118 et 207; 1894, p. 98. Analyse in *Ann. dermat. et syph.* 1895, 3^e série, t. VI, p. 426.

OBSERVATIONS ⁽¹⁾

OBSERVATION I (personnelle).

*Pityriasis rosé de Gilbert avec plaque primitive et prurit.
Eczématisation de certains éléments.*

D... H..., fillette de 15 ans, vient pour la première fois à la consultation des maladies de la peau, le 20 mars 1922.

L'on ne relève rien de particulier dans les antécédents personnels et héréditaires. Elle présente sur la poitrine, l'abdomen, le dos, la nuque, des placards rosés. Les membres supérieurs et inférieurs sont indemnes. Sa mère raconte que cette éruption a commencé il y a 1 mois environ, par une plaque rouge, au niveau du sein droit et de la grandeur d'une pièce de 2 francs. Il y a 15 jours, elle s'aperçut de l'existence de nombreux éléments au niveau de la poitrine, puis l'éruption se généralisa gagnant de proche en proche, montant jusqu'au cou et même jusqu'à la face et descendant jusqu'au niveau du pubis. L'état est stationnaire depuis 3 ou 4 jours. La petite malade se plaint de prurit siégeant au niveau du dos et des hanches, peu sensible le jour, mais s'exaspérant la nuit.

(1) Nous avons recueilli ces observations dans le service de M. le Professeur Petges et dans celui de M. le Professeur Dubreuilh. Le diagnostic fut toujours confirmé par l'un ou l'autre.

Les éléments les plus typiques sont constitués par des plaques allongées, de la grosseur d'une amande, légèrement saillantes et infiltrées. Le centre est légèrement fauve, plissé et couvert de petites desquamations blanchâtres. La bordure périphérique est rouge et légèrement surélevée.

La plaque primitive, par laquelle la maladie a débuté il y a un mois est en voie de disparition et est à peine perceptible.

Certains éléments moins typiques sont constitués par des plaques d'une étendue plus grande, allant jusqu'à la dimension de la paume de la main et qui semblent résulter de la confluence de plusieurs éléments éruptifs. Elles sont couvertes de petites squames furfuracées, la peau est rouge et parfois parcheminée, il existe au centre souvent des traces de grattage légèrement suintantes. Derrière l'oreille gauche, l'on constate une lésion rappelant l'impétigo rétro-auriculaire, cette lésion paraît due uniquement au grattage.

L'on constate l'existence de petits ganglions durs, indolores, roulant sous le doigt dans les régions carotidiennes, de la nuque axillaires et inguinales.

M. le Professeur Petges qui a examiné la malade, conseille le traitement suivant : 1° Poudrer les lésions matin et soir avec :

Talc pulvérisé	100 gr.
Acide salicylique	1 gr.

2° Gouttes au triiodure d'arsenic, de 1 à X gouttes, à chaque repas, en augmentant de 1 goutte par jour.

Le 23 mars, la malade revient. L'éruption est en voie de régression, l'on ordonne une pommade avec :

Vaseline	100 gr.
Oxide de zinc	50 gr.
Acide phénique	20 gr.

Le 30 mars, la malade revient guérie, l'on ne constate plus que l'existence de quelques rares éléments à peine perceptibles.

OBSERVATION II (personnelle).

Pityriasis rosé de Gibert avec siège crural de la plaque primitive et léger prurit apparu pendant l'incubation de la syphilis.

L... R..., 23 ans, acrobate. Le malade vient à la consultation du dispensaire le 28 mars 1922 parce qu'il est porteur d'un chancre et d'un bubon de la région inguinale droite, qui le gêne dans l'exercice de sa profession.

Antécédents personnels : à eu une blennorragie, contractée au Maroc en 1916, une autre contractée dernièrement à Angoulême du 23 au 26 mars. Pas d'antécédents pulmonaires. Antécédents héréditaires : rien à signaler.

Histoire de la maladie : après un coït douteux, le 28 février 1922, le seul depuis deux mois au dire du malade, ce dernier aperçoit, une dizaine de jours après, un petit bouton situé sur la partie externe du fourreau et qui est actuellement nettement induré au toucher. Pas d'autres signes de syphilis, pas de ganglion épitiochléen. Il y a une semaine environ, un bubon s'est développé dans la région inguinale droite, il est douloureux à la pression et gêne le malade dans l'exercice de son métier d'acrobate. C'est cela qui l'a amené à venir consulter.

Actuellement, le malade est porteur d'une éruption squameuse et généralisée ayant débuté dans le courant de février, un mois environ avant l'apparition du chancre. Ce début s'est fait par une plaque rouge de la grandeur d'une pièce de cinq francs située sur la partie antéro interne et supérieure de la cuisse droite, de là, l'éruption s'est généralisée en commençant par le voisinage de la plaque primitive. Elle a envahi successivement le ventre, la poitrine et les segments supérieurs des membres en respectant le dos, la face et les extrémités des membres. L'élément éruptif est formé d'une macule de couleur rose dont certaines présentent un centre légèrement squameux. Tout autour de ces macules, de grandeur variable, se trouve une bordure large de 5 à 6 millimètres, d'une teinte rose, qui va en se dégradant vers la périphérie, et légèrement squameu-

se. Le malade accuse un léger prurit. Il n'a ni fièvre, ni phénomènes généraux d'aucune sorte.

Quelques applications de pâte Cadum ont été faites par le malade.

L'on commence immédiatement le traitement spécifique et l'on fait au malade une injection de 0,15 ctgr. de novarséno-benzol.

Le 6 avril, le malade revient, l'on constate une grosse amélioration. Les plaques ont disparu et sont très pâles.

Le 13 avril l'on ne retrouve plus aucune trace de l'éruption.

OBSERVATION III (personnelle).

Pityriasis rosé de Gibert avec plaque primitive, éosinophilie, apparu pendant la période secondaire de la syphilis.

J.-P..., R..., 19 ans, cuisinier à bord du « Samara ». Vient à la visite au dispensaire du cours de l'Argonne, le 5 avril 1922, pour lésions du gland.

Dit s'être toujours bien porté, l'on ne relève rien de particuliers dans ses antécédents personnels et héréditaires. Il y a quatre mois environ, vers le 19 novembre, se trouvant à Rio, le malade s'aperçoit de l'existence d'une petite lésion, d'un bouton, dit-il, au niveau du prépuce. Le dernier coït remontait à un mois, le malade se trouvant alors à Bordeaux. Une adénopathie inguinale gauche apparut à ce moment et persiste encore. Le médecin du bord consulté, méconnaissant la syphilis et rassura le malade en lui ordonnant simplement des applications de pommade à l'aristol. La lésion du prépuce disparut en un mois environ, l'on en retrouve cependant encore une légère cicatrice. Actuellement, l'examen du malade permet de constater l'existence de 3 syphilides secondaires du gland constituées par 3 petites lésions rondes, opalines, indurées et un peu surélevées, de la grosseur d'une lentille. Ces lésions sont apparues il y a un mois environ, en même temps qu'une adénopathie inguinale droite. Depuis un mois et demi, environ, le

malade accuse avoir perdu beaucoup de cheveux et l'on se trouve en présence d'une alopecie en clairière absolument caractéristique. Les cils sont clairsemés. Depuis quelques jours, les cheveux ne tombent plus et ils commencent à repousser.

L'examen de la bouche révèle l'existence de plaques muqueuses à la face interne des joues et sur les amygdales. L'on trouve des ganglions cervicaux apparus depuis trois mois, après un léger mal de gorge, dit le malade. Il est en outre porteur d'une innombrable quantité de poux du pubis dont l'existence ne semble nullement le gêner. Il n'accuse même aucun prurit ? Le faisant déshabiller, nous nous trouvons en présence d'une éruption caractéristique de pityriasis rosé de Gibert. Le malade ne prenant aucun soin de sa personne et n'accusant aucun prurit, se trouve des plus étonné en découvrant cette éruption sur laquelle il ne put par conséquent nous fournir aucun renseignement. Cette éruption occupe la poitrine, le dos surtout, l'abdomen, les bras. A 5 centimètres à droite et à 1 centimètre au-dessous du mamelon droit l'on trouve un élément en forme de médaillon, circiné, avec centre plissé et de couleur jaune. Il a la dimension d'une pièce de dix centimes et est nettement plus large que les autres. Il correspond probablement à la plaque primitive. Son centre est légèrement squameux.

Les autres éléments sont plus petits et d'une grandeur variant de celle d'une lentille à celle d'une pièce de cinquante centimes, les plus petits sont pleins, rosés et légèrement squameux. Les autres, plus grands, ont un aspect circiné avec un centre jaune, plissé et comme affaissé et une légère bordure périphérique rosée. Tous ces éléments sont le siège d'une légère desquamation furfuracée.

La formule leucocytaire est la suivante : lymphocytes, 17 ; moyens mononucléaires, 6 ; grands mononucléaires, 1 ; polynutrophiles, 72 ; éosinophiles, 4.

La réaction de Bordet-wassermann donne un résultat $\times \times \times$. Le malade est débarrassé immédiatement de ses poux du pubis par une application du mélange xylol-liqueur d'Hoffmann et l'on commence le traitement novarsenobenzolique. Nous revoyons le malade le 12 avril, les éléments commencent à palir

sur le thorax mais de nouveaux éléments sont apparus à la racine des cuisses.

Le 19 avril, l'éruption est très atténuée et en voie de disparition. Le 10 mai l'on ne retrouve plus que quelques rares éléments. Le 17 mai, l'éruption a complètement disparu, l'on n'en retrouve plus aucune traces.

OBSERVATION IV (personnelle).

Pityriasis rosé avec plaque primitive, prurit, éosinophilie chez un malade ayant subi récemment l'appendicectomie.

Docteur R... E..., 27 ans.

Notre camarade eut son attention attirée au début de mai par quelques démangeaisons au niveau de l'épaule gauche. Recherchant la cause de ce prurit insolite, il découvre l'existence d'une petite plaque arrondie, de la dimension d'une pièce de un franc, au niveau de la partie externe de la clavicule gauche. Son aspect est circiné avec bordure rosée finement squameuse et centre jaunâtre et d'aspect plissé. Quelques jours après avoir constaté l'existence de cette plaque, il s'aperçoit de l'apparition d'éléments plus petits au niveau de la poitrine. Le lendemain de nouveaux éléments sont apparus au niveau de l'abdomen. Inquiet, il va consulter le docteur Joulia qui porte le diagnostic de pityriasis rosé. Nous le voyons le 7 mai et nous constatons l'existence de la plaque primitive à la partie externe de la clavicule gauche et d'une éruption au niveau de la poitrine, du dos, de l'abdomen et des flancs où elle prédomine.

Deux jours après, le 9 mai, l'éruption s'est étendue jusqu'aux cuisses et aux bras, mais les éléments sont peu nombreux à ces endroits. L'on trouve les deux sortes d'éléments maculeux et circinés caractéristiques, avec leur bordure rosée, légèrement saillante et finement squameuse, leur centre alfaissé, jaunâtre et d'aspect plissé. Leurs dimensions varient de celle d'une lentille à celle d'une pièce de 10 centimes. A la racine des membres où les éléments viennent d'apparaître, l'on se trouve en présence de fines papules rosées, légèrement sail-

lantes. Le 10 mai, ces derniers éléments qui se sont agrandis, se présentent comme des macules rosées, finement squameuses, arrondies, de la dimension d'une pièce de 50 centimes. Le 20 mai, ils sont nettement circonscrits et de la grandeur d'une pièce de 10 centimes. Un léger prurit accompagne l'éruption, il est surtout accentué le soir, lorsque la malade se met au lit.

L'examen montre l'existence d'un petit ganglion épitrochléen de chaque côté et de quelques petits ganglions inguinaux. L'on relève dans les antécédents personnels : le croup, à deux ans; une typhoïde, à 5 ans; la rougeole, à 7 ans; la chorée, à 10 ans. Pas de bronchite, ni aucun antécédent pulmonaire. Fut intoxiqué, par les gaz, pendant la guerre. Le malade atteint d'une appendicite chronique, depuis près de 2 ans, a subi l'appendicectomie, le 19 janvier 1922, avec rachie anesthésie, opération faite à chaud, au cours d'une poussée aiguë.

Il appartient à une famille arthritique, l'un de ses frères est atteint d'un rhumatisme tuberculeux. Il eut un oncle réformé pour tuberculose pulmonaire et une tante morte d'un cancer au sein.

Sa formule leucocytaire, le 26 mai 1922, était la suivante :

Lymphocytes	17
Moyens mononucléaires	6
Grands mononucléaires	1
Polyneutrophiles	72
Eosinophiles	4

L'on a donc une polynucléose légère avec éosinophilie nette.

OBSERVATION V (personnelle).

Pityriasis rosé de Gibert avec plaque primitive au niveau de l'avant-bras droit; prurit; chez une malade suspecte de bacillose.

D... A..., femme, 24 ans, tailleuse. Vient à la consultation, le 20 octobre 1922, pour une éruption typique de pityriasis rosé de Gilbert.

Antécédents personnels : grippe en 1919 et en 1921; quelques bronchites.

Rien d'intéressant à relever dans les antécédents héréditaires. La malade dit s'être aperçu, il y a 20 jours, de l'existence d'une plaque arrondie, rosée, de la grandeur d'une pièce de 1 franc, sur la face postérieure de l'avant-bras droit, à 2 travers de doigt au-dessus de l'interligne articulaire du poignet. Cette plaque s'est aggrandie progressivement jusqu'aux dimensions d'une pièce de 5 francs et est restée isolée pendant une semaine environ. La malade qui s'est examinée attentivement, est tout à fait catégorique sur ce point. Cette plaque était le siège d'un léger prurit. Au bout d'une semaine, la malade qui continue à se surveiller, s'aperçoit de l'apparition de quelques petits boutons rouges sur la face antérieure de l'avant-bras et du bras droit. Elle raconte avoir vu ces petits boutons s'élargir et atteindre les dimensions d'une pièce de cinquante centimes en 3 ou 4 jours. Une nouvelle poussée apparut alors au niveau de la face antérieure de l'épaule gauche et à la poitrine.

Actuellement l'on se trouve en présence d'une éruption composée d'éléments tout à fait caractéristiques. La plaque primitive, arrondie, de la grandeur d'une pièce de 5 francs se reconnaît à la face postérieure de l'avant-bras droit. Sa périphérie est constituée par une petite bordure rosée, légèrement saillante et finement squameuse. La partie centrale a achevé sa desquamation et est très pâle. L'aspect est nettement circiné. L'on trouve des médaillons caractéristiques, arrondis ou un peu ovalaires à la face antérieure du membre supérieur droit, à la face antérieure des 2 épaules et sur la poitrine, ainsi que sur le dos. Leur aspect est nettement circiné avec bordure périphérique rosée et légèrement squameuse, centre comme affaissé et finement plissé. Cet aspect plissé est des plus net si l'on tend la peau avec les doigts. Leurs dimensions varient de celle d'une pièce de cinquante centimes à celle d'une pièce de 5 francs et l'on trouve entre les 2 seins un élément circiné, grand comme une pièce de 5 francs, qui pourrait être pris pour la plaque primitive si l'on avait pas les renseignements précis donnés par la malade.

L'on ne trouve rien sur l'abdomen, ni sur les cuisses.

Le 3 octobre, nous revoyons la malade, les éléments que nous avons observés sont en voie de disparition et très pâles. Mais l'on constate la présence de nombreux éléments apparus depuis la veille, à la partie antérieure des 2 épaules et du bras gauche, dans le voisinage des médaillons en voie de disparition. Ces éléments jeunes sont constitués par une petite papule saillante à la vue plus qu'au toucher, légèrement rose, de la dimension d'une lentille. Avec la pointe du bistouri l'on peut enlever très facilement et d'un seul coup l'épiderme qui les recouvre.

Le 16 octobre, ces derniers éléments ont évolué et offrent l'aspect des médaillons caractéristiques que nous avons observés lors du premier examen, ils sont nettement circonscrits avec centre plissé. Les autres éléments ont presque disparu. L'abdomen et les cuisses restent indemnes.

Le 23 octobre, la malade est guérie, l'on ne distingue presque plus que de rares éléments en voie de disparition.

Lors du premier examen, la malade nous raconta qu'elle s'était congestionnée, avait attrapé froid, environ 2 semaines avant l'apparition de la plaque primitive. Elle fut obligée de s'aliter pendant une semaine avec un peu de fièvre, une sensation de malaise générale et de la courbature. Elle présentait, dit-elle une douleur assez vive au côté droit et eut quelques vomissements. Lors de notre premier examen, elle se plaignait de nausées fréquentes qui avaient disparu quand nous la vîmes la seconde fois.

L'éruption s'accompagna pendant toute sa durée, d'un prurit assez vif surtout intense le soir au coucher.

L'examen ne décèle aucune adénopathie. La malade est très amaigrie avec atrophie nette des trapèzes. A l'auscultation, l'on trouve de l'obscurité respiratoire au sommet gauche, une inspiration rude à droite.

Le formule leucocytaire était la suivante :

Lymphocytes	20
Grands mononucléaires	3
Moyens mononucléaires	7
Polyneutrophiles	70

L'on conseille à la malade la pommade suivante :

Vaseline	50 gr.
Oxyde de zinc	25 gr.
Talc	25 gr.
Acide phénique	0,50 ctgr.

2 applications par jour.

OBSERVATION VI (personnelle).

Pityriasis rosé de Gibert anormal (forme maculeuse) simulant une roséole syphilitique; pas de plaque primitive.

T... J..., 23 ans, cheminot, vient consulter, le 6 octobre 1922, pour une éruption généralisée sur tout le tronc. En faisant déshabiller le malade, l'on se trouve en présence d'une éruption ayant, au premier abord, tous les aspects d'une roséole syphilitique. Le malade raconte que cette éruption a débuté, il y a une semaine environ, au niveau de la région de l'appendice xyphoïde, par quelques petites taches rouges. Puis, elle s'est généralisée, envahissant, de proche en proche, toute la poitrine, les épaules, le dos, les flancs, l'abdomen et la région lombaire.

Actuellement les éléments éruptifs sont surtout abondants sur les flancs et dans la région hypogastrique. L'on trouve quelques rares éléments sur les bras et la face antérieure des cuisses. Dans son ensemble, l'éruption apparaît comme constituée par des taches maculeuses généralement arrondies, de couleur rosée et sans desquamation apparente, à un examen rapide. L'éruption peut ainsi en imposer pour une roséole floride. Cependant, un examen attentif montre l'existence de quelques médaillons absolument caractéristiques, l'on retrouve la bordure rosée et dans la partie centrale l'épiderme de couleur légèrement fauve est finement plissée. Cet aspect plissé de ces éléments est des plus net lorsque l'on tend la peau avec les doigts. L'on trouve 2 de ces éléments caractéristiques sur l'épaule droite, 2 autres au niveau de l'appendice xyphoïde, par où a débuté l'éruption. Sur le dos l'on trouve un élément nette-

ment circiné et tout à fait typique. Dans leur ensemble, ces éléments ont des dimensions variant de celles d'une pièce de 50 centimes à celles d'une pièce de 1 franc. Leur bordure légèrement saillante et plus rouge que le reste de l'élément a des limites peu nettement dessinées. L'on trouve aussi quelques petites papules, de la grosseur d'une lentille, rosées, disséminées parmi les autres éléments éruptifs et surtout au niveau des bras et de la face antérieure des cuisses où elles sont apparues depuis la veille, dit la malade. Elles semblent correspondre à l'élément de début de l'éruption.

L'on trouve 1 petit ganglion, dur, non douloureux, roulant sous le doigt, dans la région occipitale et quelques petits ganglions inguinaux.

Le malade accuse un léger malaise, de la courbature et surtout quelques troubles gastriques consistant en pesanteur épigastrique, nausées, aigreurs, dans les jours qui ont précédés l'éruption. Cette dernière ne s'accompagne d'aucun prurit.

Pas d'antécédents pulmonaires. Père, mère et 2 frères, en bonne santé. Le malade a eu les oreillons pendant son service militaire. La formule leucocytaire est la suivante :

Lymphocytes	25
Moyens mononucléaires	12
Grands mononucléaires	2
Polyneutrophiles	60
Eosinophiles	1

Nous revoyons le malade, le 13 octobre. La plupart des éléments sont en voie de disparition au niveau du thorax, où l'on ne retrouve que quelques rares médaillons, légèrement rosés à la périphérie et recouverts de fines squames furfuracées. Les éléments jeunes que nous avons constatés aux bras et sur la face antérieurs des cuisses, ont évolué et se présentent sous forme de médaillons irrégulièrement arrondis, atteignant, à peu près, les dimensions d'une pièce de 1 franc. Quelques-uns sont tout à fait caractéristiques avec bordure rose saillante et centre plissé finement squameux.

Le 20 octobre, le malade revient guéri, l'on ne distingue que faiblement quelques éléments, en voie de disparition, à la racine des membres.

OBSERVATION VII (personnelle).

Pityriasis rosé de Gibert typique avec forte éosinophilie et micropoly-adénopathie.

C... Y..., fillette de 9 ans. Nous est amenée; le 10 juillet, à la consultation, par sa mère, pour une éruption, généralisée sur tout le corps.

L'on ne relève rien de particulier dans les antécédents héréditaires. A eu la rougeole dans son jeune âge.

Sa mère s'est aperçue, il y a une quinzaine de jours, de la présence d'une plaque rosée de la grandeur d'une pièce de 1 franc, un peu au-dessous du mamelon droit. Cette plaque s'est aggrandie pendant quelques jours puis de nouveaux éléments sont apparus dans son voisinage, gagnant en quelques jours, de proche en proche, toute l'étendue de la poitrine, les épaules, le dos, les flancs et l'abdomen. Cette éruption est surtout abondante au niveau des flancs. L'on retrouve quelques éléments à la racine des membres dont les extrémités sont indemnes. pas de prurit.

La plaque primitive est tout à fait caractéristique, nettement circonscrite, à centre plissé et finement squameux, ovulaire, de la dimension d'une amande. Les autres éléments ont des dimensions variant de celles d'une lentille à celles d'une pièce de 2 francs. Ils sont constitués par des éléments jeunes papuleux, des macules rosées à centre plissé et des éléments circonscrits ovulaires ou arrondis, rappelant l'aspect de la plaque primitive.

Nous trouvons une micropoly-adénopathie nette, constituée par de petits ganglions durs, arrondis, roulant sous le doigt, non douloureux, dans les régions carotidiennes, axillaires et inguinales.

La formule leucocytaire est la suivante :

Polyneutrophiles	45
Eosinophiles	8,12
Mastzellen	0,82

Lymphocytes	20
Moyens mononucléaires	15,06
Grands mononucléaires	2

Nous revoyons la fillette, le 6 août, elle est complètement guérie et l'on ne retrouve que quelques rares éléments en voie de disparition.

OBSERVATION VIII (personnelle).

Pityriasis rosé de Gibert typique avec siège crural de la plaque primitive, prurit, éosinophilie, chez une jeune femme, au début d'une grossesse.

C... J..., 19 ans, culotière, mariée. Vient à la consultation, le 10 novembre 1922, pour une éruption généralisée, qui a débuté il y a quinze jours. En faisant sa toilette, elle s'aperçut de l'existence d'une plaque rosée, arrondie, de la grosseur d'une pièce de 2 francs, à la partie supéro-interne de la cuisse gauche, et de quelques petits boutons au voisinage de cette plaque et dans la région inguinale gauche. Elle attribua cette éruption à l'approche de ses règles, qu'elle attendait depuis quelques jours. Elle raconte avoir souffert de l'estomac, avec nausées, pesanteurs épigastriques, dans la semaine précédente. La malade qui continue à s'observer soigneusement voit apparaître au bout de quelques jours des boutons analogues à ceux qui avoisinent la plaque primitive, sur le sein droit, l'épaule et le flanc droits.

Actuellement, l'on se trouve en présence d'éléments caractéristique de pityriasis rosé. L'on retrouve, au niveau de la partie supéro-interne de la cuisse droite, la plaque primitive, arrondie, de la grosseur d'un gros sous, d'aspect circiné avec bordure rose finement squameuse et centre pâle en voie de régression. L'on trouve un autre médaillon analogue, mais de dimensions plus grandes, au niveau de la région épigastrique, ainsi que 4 petits médaillons ovalaires nettement circinés avec centre squameux et d'aspect plissé. Ces éléments au dire de la malade représentent la transformation des petits

éléments du début, rouge et squameux. L'on en trouve 2 identiques dans la région inguinale gauche. Au niveau du dos, l'on rencontre 3 longs médaillons semblant résulter de la confluence de 2 ou 3 éléments, avec bordure rouge et centre jaunâtre au niveau duquel l'épiderme se craquèle et tombe.

Dans ces mêmes régions et aussi sur le sein gauche, l'on constate l'existence de petits éléments papuleux, rosés, légèrement saillants qui semblent représenter des éléments jeunes et identiques à ceux que la malade a vu se transformer peu à peu en médaillons circinés. L'on peut, avec la pointe d'un bistouri, enlever d'un bloc l'épiderme recouvrant ces éléments.

Cette éruption s'accompagne d'un prurit assez intense, surtout pénible, le soir au coucher.

L'on ne trouve aucune adénopathie.

La malade qui a toujours été bien réglée depuis l'âge de 12 ans, accuse actuellement un retard de 15 jours et se trouve, probablement au début d'une grossesse.

La formule leucocytaire est un peu spéciale :

Lymphocytes	8
Moyens mononucléaires	6
Grands mononucléaires	7
Polynéutrophiles	77
Eosinophiles	3

Donc, polynucléose et éosinophilie.

Nous revoyons la malade, le 20 novembre. Sa grossesse se confirme elle n'a pas revu ses règles.

Aucune poussée nouvelle n'est apparue. Les médaillons que nous avons observés il y a 10 jours sont très pâles, à peine perceptibles. Les éléments jeunes ont évolués et constituent actuellement de petits médaillons circinés tout à fait caractéristiques. La malade se plaint toujours d'un léger prurit et de vomissement le matin au réveil, ces derniers s'expliquant du fait de la grossesse.

Le 27 novembre, nous ne trouvons plus que de rares éléments en voie de disparition. La guérison est presque complète.

ETUDE CLINIQUE

L'étude clinique du pityriasis rosé de Gibert suffit à elle seule pour faire de cette affection cutanée une véritable entité morbide parfaitement caractérisée par son évolution cyclique, sa plaque primitive et l'aspect si particulier de ses éléments éruptifs.

Nous étudierons d'abord les formes pures, indiscutables, de pityriasis rosé de Gibert, puis, ensuite, les formes anormales, pouvant prêter à discussion, et que beaucoup de dermatologistes se refusent à considérer comme du pityriasis rosé de Gibert véritable.

A) **Pityriasis Rosé de Gibert typique**

Les caractères cliniques sont ici des plus nets et constituent une véritable triade symptomatique caractérisée par :

- 1° Le mode de début par la plaque primitive de Brocq;
- 2° L'apparition, au bout de quelques jours, d'une éruption secondaire généralisée constituée par des éléments dont l'aspect est caractéristique de la maladie;
- 3° L'évolution cyclique.

Nous allons étudier successivement la période de début, la période d'état et le mode évolutif de cette affection.

I. — PÉRIODE DE DÉBUT.

Caractérisée par l'absence ou le peu d'intensité des

phénomènes généraux et surtout par l'apparition de la plaque primitive.

1° *Phénomènes généraux.* — Font souvent défaut, la maladie débutant insidieusement dans la grande majorité des cas. Cependant, si l'absence de phénomènes généraux semble la règle, un examen approfondi, l'interrogatoire décèleront souvent l'existence d'une altération de l'état général, et l'on peut relever un amaigrissement léger, la perte de l'appétit, une sensation de malaise général avec fatigue, dépression, courbature. Ces prodromes fébriles sont signalés par la plupart des auteurs, mais tous s'accordent généralement à considérer qu'ils sont toujours assez légers pour passer le plus souvent inaperçus et ne pas attirer l'attention du malade. Ils peuvent cependant, mais le fait est exceptionnel, se présenter avec une certaine intensité. Moingeard a vu dans deux cas la scène s'ouvrir avec tout le cortège symptomatique d'une fièvre éruptive, tels que frissons, fièvre, céphalalgie, épistaxis.

J. V. Szaboky a relevé, dans 50 % des cas, l'existence d'une fièvre légère avant l'éruption et, dans 60 % des cas, des troubles fonctionnels divers du système nerveux, avec sueurs profuses, tremblements, troubles vasomoteurs (rougeur et pâleur avec exagération des réflexes), céphalée intense.

Le Damany et son élève Lebreton considèrent que ces prodromes existent dans au moins 1 cas sur 2.

Nous avons relevé l'existence de ces prodromes chez 3 de nos malades; ils faisaient défaut chez 5 autres.

Chez l'une de nos malades (obs. V), ils furent assez accentués pour l'obliger à s'aliter pendant quelques jours avec un peu de fièvre, perte de l'appétit et vomissements. Nous ferons remarquer cependant qu'elle était suspecte de tuberculose et que son pityriasis rosé ne fut peut-être pour rien dans l'apparition de ces troubles.

Chez un second malade (obs. VI), l'on relève des trou-

bles gastriques nets avant l'apparition de l'éruption, avec courbature et léger malaise. Chez notre troisième malade (obs. VIII), les troubles gastriques observés étaient peut-être sous la dépendance de la grossesse coexistante.

2° *La plaque primitive.* — Le mode de début de l'éruption par une plaque unique, ronde, ovalaire, circonée, à bords assez nettement arrêtés, située généralement à la partie supérieure du thorax et restant isolée pendant quelques jours, est absolument caractéristique et fut signalé pour la première fois par Brocq en 1887.

Le siège de prédilection de la plaque primitive est la partie supérieure du thorax, et on la rencontre surtout sur la poitrine et sur le cou. Cependant, ainsi que le fait remarquer Brocq, « cette localisation ne tient-elle pas à ce que ces régions sont les endroits du corps les plus visibles, ceux que le malade peut le mieux surveiller ? Et ne doit-on pas se demander si les plaques primitives ne peuvent pas tout aussi bien siéger sur les parties latérales et postérieures du tronc, et, dans ces cas, si elles ne passent pas complètement inaperçues, grâce au peu d'intensité des phénomènes subjectifs ? »

Il nous semble, en effet, que, si le siège de prédilection de la plaque primitive est la poitrine et le cou, l'on peut tout aussi bien la rencontrer en un point quelconque du corps, au niveau des membres, et même, mais tout à fait exceptionnellement, à la face.

Elle fut signalée au niveau de l'avant-bras par Fournier (1), Moingeard; au niveau du bras par Tenneson (2); au-dessus du talon, par Horand; au niveau de la partie supéro-interne de la cuisse, par Hallopeau (3); au niveau de la face par Moingeard, Towle, Little (4).

(1) Fournier : *Ann. de dermatologie et syph.* 1889, 2^e série, t. X, p. 879.

(2) Tenneson : (Société française de dermat. et syph., 12 nov. 1891). *Ann. de dermat. et syph.* 1891, 3^e série, t. III, p. 867.

(3) Hallopeau : (Société française de dermat. et syph. 1^{er} mars 1900). *Ann. de dermat. et syph.* 1900, 4^e série, t. I.

(4) Horand, Moingeard, Towle, Little : (loc. cit.)

Nous l'avons rencontrée 3 fois au niveau du sein droit (obs. I, III, VII), 1 fois au niveau de la partie externe de la clavicule gauche (obs. IV), 1 fois sur la face postérieure de l'avant-bras droit (obs. V), 2 fois à la partie antéro-interne et supérieure de la cuisse (obs. II et VIII).

Elle faisait défaut chez l'un de nos malades (obs. VI).

Dans la majorité des cas, la plaque primitive n'est le siège d'aucun phénomène subjectif, ce qui fait qu'elle passe souvent inaperçue.

Cependant, le malade peut éprouver parfois à son niveau un prurit plus ou moins intense, qui attire son attention. Nous avons pu le constater chez l'une de nos malades (obs. V).

Sa forme est généralement ovalaire ou arrondie. Elle augmente lentement d'étendue en s'accroissant par la périphérie, tandis que son centre s'affaisse et se décolore. Sa grandeur peut varier de la dimension d'une pièce de 50 centimes à celle d'une pièce de 5 francs, ce qui est la règle. Son aspect, nettement circonscrit, est, en somme, celui d'une plaque de trichophytie. Elle est analogue aux éléments adultes, aux médaillons de l'éruption secondaire, dont on pourra cependant la distinguer souvent, par ses dimensions ordinairement plus grandes, lorsqu'elle n'aura pas attiré l'attention du malade, ce qui arrive souvent.

Cette plaque primitive persiste seule pendant un temps qui, d'après Brocq, semble varier de 4 à 15 jours, mais qu'il est généralement impossible de préciser, dans l'ignorance où l'on est, de l'époque réelle de son apparition.

Il semble cependant qu'elle puisse persister seule parfois davantage, un mois et demi dans un cas de Moingeard, un mois dans une observation d'Horand, près de deux mois dans un cas signalé par Hallopeau.

Généralement *unique*, elle peut cependant être *multiple*, comme le fait remarquer Brocq. L'on peut observer

simultanément 2 ou 3 éléments; ils sont alors généralement voisins et se réunissent souvent pour former une plaque unique.

Moingeard invoque cette possibilité de plaques primitives multiples pour dénier toute valeur à ce symptôme pourtant si spécial et si caractéristique de l'affection. Nous ferons remarquer, avec Brocq, qu'une plaque primitive multiple a autant de valeur, dans le pityriasis, que l'existence d'un chancre multiple dans la syphilis. Nous attachons, en effet, avec l'éminent dermatologiste, une importance capitale à la plaque primitive, tant pour le diagnostic que pour l'étude de la nature de l'affection. Cette importance est cependant contestée par de nombreux dermatologistes; certains même lui ont refusé toute valeur. Moingeard ne l'a rencontrée que 7 fois sur 15 et la considère comme la première poussée de l'éruption qui pourrait, dans certains cas, débiter par un élément isolé.

Pour Norman Walker (1), on ne pourrait la trouver dans la plupart des cas. Elle est considérée comme inconsistante par Thibierge, et passerait inaperçue ou manquerait totalement dans la moitié des cas, d'après Darier. H. Towle ne l'aurait rencontrée que 25 fois sur les 202 cas qu'il a dépouillés.

Par contre de nombreux dermatologistes attachent une importance capitale à ce symptôme. La plaque primitive est considérée comme intéressante et importante par Tennesson et Besnier (2). « L'évolution en 2 temps de cette affection limitée aux téguments externes est un fait unique en dermatologie et nécessite au plus haut degré l'attention », disent Hallopeau et Leredde (3). La plaque primitive existerait probablement dans tous les cas pour Radcliffe

(1) Norman Walker : An introduction to dermatology. Bristol 1899.

(2) Tennesson-Besnier : Société française de dermat. et syph. 12 nov. 1891.

(3) Hallopeau et Leredde : Traité pratique de dermat., p. 316.

Crocker (1). Elle est considérée comme l'une des curiosités de la dermatologie par W.-P. Cunningham (2), pour qui « elle précède de loin la pleine éruption du mal, ce peut être l'affaire d'une semaine ou de 10 jours, ce qui fait qu'elle passe souvent inaperçue. »

C'est aussi le mode de début habituel pour W. Dubreuilh, Gougerot, Civatte.

Nous l'avons nous-même rencontrée 7 fois chez les malades que nous avons observés et elle ne faisait défaut que dans notre observation VI.

Il nous semble donc que ce mode de début est habituel et qu'il est véritablement caractéristique de cette affection. Lorsqu'elle semble manquer, c'est, croyons-nous, qu'elle passe inaperçue, soit parce qu'elle n'atteint pas ses dimensions habituelles et reste alors confondue avec les éléments de l'éruption secondaire, soit parce que l'on se trouve en présence d'un pityriasis rosé déjà ancien dans lequel la plaque primitive s'est effacée peu à peu, pour ne plus être apparente ou rester confondue avec les autres éléments.

II. — PÉRIODE D'ÉTAT OU D'ÉRUPTION.

La période d'état s'ouvre par l'apparition soudaine et simultanée de plusieurs éléments éruptifs, environ 4 à 15 jours, quelquefois plus comme nous l'avons vu, après l'apparition de la plaque primitive. C'est à l'apparition de ces éléments multiples que Brocq a donné le nom d'*éruption secondaire du pityriasis rosé*.

Lorsque l'affection a débuté insidieusement, sans aucuns phénomènes généraux, ainsi qu'il arrive souvent, si la plaque primitive est restée inaperçue du malade, l'existence de cette éruption secondaire généralisée, semble alors cons-

(1) Radcliffe Crocker : *Diseases of the skin*, 3^e édit. 1903, p. 360.

(2) W. P. Cunningham : *Medical Record, New-York*, 6 sept. 1919, t. 96, p. 403.

tituer le premier symptôme, le malade s'apercevant de son éruption que d'une façon tout à fait fortuite, généralement à l'occasion de soins de toilette. Les symptômes généraux, rares à la période de début, font toujours défaut à partir de l'apparition de l'éruption. Les symptômes fonctionnels sont peu importants et font souvent défaut. L'éruption peut cependant, comme nous le verrons s'accompagner d'une légère sensation de prurit, ce dernier pouvant devenir intense dans certains cas et affliger profondément le malade.

Toute la maladie se borne donc, à la période d'état, à l'existence des éléments éruptifs disséminés de l'éruption secondaire. Nous devons cependant signaler l'existence fréquente d'une micropolyadénopathie et souvent une altération de la formule sanguine caractérisée surtout par de l'éosinophilie.

Nous étudierons successivement : les caractères de l'éruption, la micropolyadénopathie, la formule leucocytaire.

1° Caractères de l'éruption secondaire.

a) *Lésion élémentaire.* — L'éruption est constituée par des éléments de deux ordres : d'une part, des *macules* rosées, arrondies, finement squameuses, à la surface desquelles l'épiderme se plisse finement dès que l'on tend la peau ; d'autre part, des *éléments circinés*, analogues à la plaque primitive mais plus petits, arrondis ou ovalaires, à périphérie rose vif, finement squameuse, à centre jaunâtre comme affaissé et d'aspect plissé et auxquels Fournier a donné le nom de *médailles*.

C'est l'existence de ces deux ordres d'éléments éruptifs qui a fait décrire deux formes principales de pityriasis rosé : la *forme maculata* et la *forme circinata* de Bazin et de Dühring. Ces deux formes ne sont en réalité constituées que par le même élément à différents degrés de son évolu-

tion. La forme maculeuse n'est que la phase de début et la forme circonée représente, selon l'expression de Fournier, « le pityriasis rosé à l'état adulte ».

L'évolution de l'élément éruptif a été bien étudié par ce dermatologiste distingué et c'est à lui que revient le mérite d'avoir montré les *trois stades successifs, papuleux, maculeux et circonés*, parcourus par l'élément éruptif.

C'est par papulation congestive que se constitue l'élément éruptif primitif caractérisé par une petite plaque saillante, congestive, érythémateuse de la grosseur d'une lentille. Ce stade papuleux du début n'a qu'une durée éphémère mais peut être facilement constaté si l'on observe les éléments d'une poussée récente. Nous nous en sommes facilement rendu compte chez l'une de nos malades (Obs. V). Lorsque nous la vîmes pour la seconde fois, une nouvelle poussée était apparue la veille à la face antérieure de chaque aisselle où l'on pouvait constater la présence de nombreuses petites papules qui évoluèrent par la suite pour donner des médaillons typiques. Dès le second jour, la papule s'aplatit, s'étend progressivement pour atteindre les dimensions d'une pièce de cinquante centimes ou de 1 franc, tandis que le centre pâlit légèrement, prend une teinte fauve et présente une surface luisante, satinée, douce au toucher, se plissant finement sous le doigt. A la périphérie l'on trouve une bordure légèrement saillante qui fait paraître la partie centrale de l'élément comme affaissée. Cette partie centrale est finement squameuse, d'une teinte rose qui va se dégradant vers la périphérie.

Les phénomènes peuvent en rester là (pityriasis rubra maculata de Bazin), mais le plus souvent chaque élément continue à évoluer, s'agrandit par la périphérie et acquiert en une ou deux semaines 2 à 4 centimètres, en prenant une forme arrondie ou régulièrement ovalaire, d'où le nom de « médaillons » donné par Fournier à ces éléments adultes. La bordure périphérique reste rouge, saillante et finement

squameuse, elle a été décrite par Fournier sous le nom de « *cadre roséo squameux* ». L'épiderme de la partie centrale se craquèle et tombe, le tégument redevient lisse en restant légèrement bistré. L'aspect du médaillon, élément adulte, est alors nettement circiné (*pityriasis rubra circinata* de Bazin) et tout à fait analogue à celui de la plaque primitive. Dans les deux sortes d'éléments, maculeux et circinés, de l'éruption, nous retrouvons l'aspect *plissé* et comme vergeturoïde de la partie centrale qui a été comparé par Gougerot (1), par sa teinte et ses plis, à une feuille de papier de soie jaune clair que l'on aurait tordue, puis détirée. Cet aspect plissé du centre des éléments est bien mis en évidence lorsque l'on tend la peau et en regardant à jour frisant. Ce caractère a une grosse valeur et est des plus utiles dans les cas difficiles de diagnostic.

A mesure que la rougeur s'atténue, les taches se recouvrent de squames farineuses, blanchâtres, furfuracées, de petites dimensions, se détachant facilement au centre des éléments et présentant une adhérence plus grande à la périphérie.

Le *grattage méthodique des lésions* provoque la desquamation et détermine rapidement l'apparition d'un fin purpura traumatique et de minuscules dépressions arrondies ou ovalaires correspondant à de très fines vésicules histologiques. Mais rien ici ne rappelle les squames nacrées, en taches de bougie, du psoriasis, ni les vésicules de l'eczéma.

Nous devons signaler un fait curieux qui a été signalé par Rendu (2) et qui semble exceptionnel, il s'agit des *altérations de la sensibilité* au niveau des éléments éruptifs. Dans la majorité des cas, Rendu n'a constaté aucune modification de la sensibilité au niveau des plaques pityriasiques. Il a noté dans deux cas un peu d'hyperesthésie tactile

(1) Gougerot : La dermatologie en clientèle, 3^e édition 1922, p. 181.

(2) Rendu : *Ann. de dermat. et syph.* 1874-75, t. VI, 1^{re} série, p. 21.

au niveau des plaques, le contact de l'aiguille déterminait une sensation de châouillement assez prononcé réveillant le prurit. Dans deux autres cas, il a constaté une perturbation notable de la sensibilité, caractérisée par une analgésie plus ou moins complète avec aucune modification de la sensibilité à la température. Cette analgésie n'existait qu'au niveau des éléments éruptifs et disparut avec l'affection. Elle était surtout nette au centre des éléments où l'on pouvait traverser avec l'aiguille toute la peau sans provoquer, de la part du malade, autre chose qu'une sensation de contact. La piqure ne provoquait également aucun suintement sanguin.

Moingeard en rapporte un cas analogue.

Chez tous nos malades, nous avons recherché s'il existait une altération de la sensibilité au niveau des éléments éruptifs. Dans aucun cas, nous n'avons trouvé une altération notable.

b) *Evolution et siège de l'éruption secondaire.* — Nous avons vu que l'éruption secondaire se constitue par l'apparition soudaine et simultanée de nombreux éléments éruptifs, habituellement 4 à 15 jours après l'apparition de la plaque primitive. Cependant l'éruption ne se constitue pas entièrement d'emblée et ne se généralise que par des poussées successives et subintrantes d'intensité et d'abondance variable, se succédant à des intervalles courts et irréguliers.

Il nous semble que la première poussée apparaît dans le voisinage de la plaque primitive, c'est-à-dire, le plus habituellement à la partie supérieure du thorax, dans les régions sus et sous-claviculaires et dans la région épineuse.

Puis de nouvelles poussées apparaissent au voisinage de la précédente. L'éruption a ainsi dans sa distribution et dans son extension une prédilection et une discipline généralement très nettes, elle est « *successive, insensiblement progressive et descendante* » (Fournier). Elle gagne la partie inférieure du thorax et les racines des membres. Elle

ne s'étend que rarement jusqu'à l'extrémité des membres et n'atteint qu'exceptionnellement la face.

Lorsque l'éruption est ainsi généralisée, de nouvelles poussées peuvent apparaître et alors de nouveaux éléments se montrent dans les intervalles et au voisinage de ceux qui résultent des poussées immédiatement antérieures.

Ces poussées successives d'une part et d'autre part le mode évolutif des éléments de chaque poussée avec les trois stades papuleux, maculeux et circinés, nous explique le *polymorphisme* habituel de l'éruption secondaire, composée à la fois d'éléments d'âge différent. Thibierge considère ce polymorphisme comme l'un des caractères morphologiques les plus habituels du pityriasis rosé.

La première poussée se montrant ordinairement dans le voisinage de la plaque primitive, et les nouvelles poussées apparaissant au voisinage de la précédente, le siège de l'éruption, sa distribution, seront, en quelque sorte, commandés par le siège de la plaque primitive. Lorsque la plaque primitive siège au niveau de l'un des membres, la première poussée envahit d'abord ce membre pour n'envahir le thorax qu'au cours des poussées successives. Chez l'une de nos malades (Obs. V), où la plaque primitive siégeait au-dessus du poignet, sur la face postérieure de l'avant-bras droit, l'on vit cette plaque persister seule pendant une semaine environ, puis au cours d'une première poussée l'on vit apparaître des éléments éruptifs sur tout le membre supérieur gauche, surtout à la face antérieure de ce membre. L'éruption se généralisa par la suite au niveau de la face antérieure de la poitrine, du dos, de la face antérieure du bras gauche. L'abdomen, les flancs, les cuisses restèrent indemnes pendant toute la durée de l'affection.

L'éruption pourra même dans certains cas rester *localisée* à une partie du corps. C'est ainsi qu'avec une plaque primitive au niveau d'un membre l'on pourra voir l'érup-

tion secondaire rester localisée à ce membre et constituer la « *variété des membres* » signalée par Brocq.

Moingeard a vu dans un cas, avec trois plaques primitives au niveau du visage, l'éruption se localiser au niveau de la partie inférieure de la face et du cou.

La face ne semble qu'exceptionnellement atteinte par l'éruption. Sur 202 cas, Towle n'a trouvé la face atteinte que dans 8 cas d'éruption généralisée, dans un cas la face et le cou étaient seuls atteints. Chez l'une de nos malades (Obs. I), nous avons trouvé quelques rares éléments au niveau de la face.

c) *Symptômes fonctionnels : prurit.* — L'éruption secondaire ne s'accompagne, le plus habituellement, d'aucun symptôme fonctionnel important. Elle est cependant assez souvent la cause d'une légère sensation de *prurit*, et ce dernier peut même dans certains cas être suffisamment intense pour affliger profondément le malade. Il semble être particulièrement intense et fréquent chez les névropathes et les intoxiqués de tout ordre, les intoxiqués alimentaires surtout, c'est-à-dire chez tous les sujets qu'un état pathologique antérieur prédispose déjà au prurit. Le prurit est parfois le premier symptôme observé par le malade qui, cherchant la cause de ses démangeaisons, découvre alors la présence de l'éruption.

Lorsqu'il existe, il est généralement intermittent et surtout intense le soir, lorsque le malade se met au lit, ainsi que nous avons pu le constater chez cinq de nos malades (Obs. I, II, IV, V, VIII). Il faisait complètement défaut chez trois autres (Obs. III, VI, VII) ; chez l'une de nos malades il existait dès l'apparition de la plaque primitive (Obs. V).

Presque tous les malades présentaient un prurit plus ou moins vif dans les deux petites épidémies dont nous rapportons l'observation due à l'obligeance de M. le Professeur Petges.

Lorsqu'il est particulièrement violent, il peut, mais le fait est exceptionnel, provoquer des lésions de grattage et l'eczématisation de l'éruption, comme nous l'avons observé dans notre observation I.

2° *Micropolyadénopathie.*

La *micropolyadénopathie* au cours du pityriasis rosé fut signalée tout récemment par Le Damany. Ce serait pour lui un symptôme à peu près constant dans les formes généralisées et qui pourrait s'observer dans les formes les plus discrètes. Elle est constituée par des ganglions multiples, petits, durs et non douloureux, siégeant dans les régions de la nuque, sous maxillaires, carotidiennes, épitrochléennes, inguinales et axillaires. Ces ganglions peuvent être nombreux ou limités à 1 ou 2. Ils se développeraient suffisamment tôt pour que leur développement soit déjà complet lorsque le médecin examine le malade pour la première fois et persisteraient un temps assez long et encore indéterminé après la disparition de l'éruption.

Le Damany les rapproche de la polyadénopathie, de la période secondaire, de la syphilis et surtout de la micropolyadénopathie décrite par Legroux dans la tuberculose infantile.

La même année, W. P. Cunningham signalait l'existence d'une adénite cervicale dès le début de l'affection.

Nous avons recherché systématiquement l'existence de cette micropolyadénopathie chez nos malades. Nous avons trouvé de petits ganglions durs, indolores, roulant sous le doigt, dans les régions carotidiennes, axillaires et inguinales (Obs. I et VII), un ganglion épitrochléen (Obs. IV), un ganglion occipital (Obs. VI). Absence complète d'adénopathie chez deux de nos malades (Obs. V et VIII). Chez deux autres (Obs. II et III), la coexistence d'une syphilis suffit à expliquer les adénopathies qu'ils présentaient.

La micropolyadénopathie ne nous semble donc pas constante et Le Damany en a sans doute exagéré la fréquence et l'intensité. Elle semble cependant fréquente et, quoique atténuée, elle est malgré tout intéressante à signaler, puisqu'elle montre que la peau n'est pas le seul tissu lésé et que l'imprégnation de l'organisme est beaucoup plus profonde que ne le laisserait supposer une affection en apparence si bénigne.

3° Modifications de la formule leucocytaire.

Malgré le peu d'intensité et même souvent l'absence de phénomènes généraux et fonctionnels, malgré les allures bénignes de l'affection, l'imprégnation de l'organisme semble assez profonde pour amener souvent une modification de la formule sanguine.

H. Towle a signalé que l'examen du sang montre de la *lymphocytose*, de l'*éosinophilie* et des *mastzellen*, ces caractères étant d'autant plus marqués que l'éruption est plus abondante.

Milian a constaté à plusieurs reprises, dans des cas de pityriasis rosé une formule leucocytaire un peu spéciale avec une *leucocytose* marquée, (12.000 à 15.000 g. b.) une *polynucléose* et une *éosinophilie* notables. Nous avons établi la formule leucocytaire de six de nos malades, nous résumons les résultats obtenus dans le tableau suivant :

(Voir le tableau au verso)

ÉLÉMENTS FIGURÉS DU SANG (pour 100)	FORMULE Normale	OBSERVATIONS					
		III	IV	V	VI	VII	VIII
Polynucléaires neutrophiles	65 à 70	73	72	70	60	54	77
Polynucléaires éosinophiles	1 à 2	7	4	0	1	8,12	3
Polynucléaires basophiles (mastzellen)	0,25 à 0,50	0	0	0	0	0,82	0
Lymphocytes	15 à 20	15	17	20	25	20	8
Moyens mononucléaires	12 à 15	4	6	7	12	15,06	6
Grands mononucléaires	3 à 5	1	1	3	2	2	7

Nous voyons que *l'éosinophilie* nous semble le caractère prédominant de la formule leucocytaire, elle ne fait défaut que dans deux cas (Obs. V et VI), où la formule est normale. Par contre elle est nette dans les quatre autres cas et est même accentuée dans les observations III et VII.

Dans un cas seulement, nous retrouvons une formule qui rappelle celle donnée par Towle (Obs. VII), nous avons de la lymphocytose avec éosinophilie accentuée et présence de mastzellen.

Dans les autres cas la formule est celle donnée par Milian, avec polynucléose légère et éosinophilie notable.

Nous savons quelle est la fréquence de l'éosinophilie au cours des affections parasitaires. Si cette éosinophilie ne

peut à elle seule nous permettre de conclure au parasitisme du pityriasis rosé, elle nous a semblé cependant particulièrement intéressante à signaler et nous verrons dans l'étude de la nature de l'affection que l'on peut la considérer comme un argument de plus en faveur de ce parasitisme qui nous semble bien probable.

Cl. Simon (1) fut amené à pratiquer une *ponction lombaire* chez un malade atteint de pityriasis rosé de Gibert, que l'on avait cru syphilitique et qui demandait un examen complet à cause de cette éruption qu'il prenait, ainsi qu'il arrive souvent, pour une manifestation syphilitique. Il donne à titre documentaire et pour servir à l'histoire du pityriasis rosé le résultat de cette ponction lombaire :

Bordet-Wassermann négatif.

Lymphocytose : 1 à 2 par m/m³ à la cellule de Nageotte.

Albumine : 0,20 centigr.

La réaction de Bordet-Wassermann et celle de Hecht pratiquée dans le sang étaient complètement négatives.

III. — MODE ÉVOLUTIF DE L'AFFECTION.

Le mode évolutif général du pityriasis rosé est tout à fait caractéristique. L'évolution se fait en deux temps ainsi que nous l'avons vu avec la plaque primitive d'une part, l'éruption secondaire d'autre part.

En outre, *cette évolution est cyclique*, la terminaison par guérison spontanée étant de règle.

Les éléments éruptifs de chaque poussée, évoluant avec leurs trois stades papuleux, maculeux et circinés, arrivent, nous l'avons vu, à l'état adulte en une à deux semaines. Ces éléments pâlissent ensuite peu à peu pour disparaître sans laisser de traces. Du fait des poussées successives de l'éruption secondaire, les éléments s'effacent en

(1) Cl. Simon : *Bull. Soc. Franç. dermato et syph.*, 1922, n° 5, 11 mai 1922.

premier lieu dans les régions les premières atteintes et l'éruption disparaît progressivement et complètement en six semaines à deux mois, quelquefois trois mois, rarement plus, sans laisser de traces.

Cette évolution cyclique est l'une des plus grandes et des meilleures caractéristiques de l'affection qui ne passe jamais à l'état chronique. L'on peut cependant observer dans certains cas, exceptionnels il est vrai, des « *variétés prolongées* » sur lesquelles certains dermatologistes ont attiré l'attention (1). Besnier en a rencontré plusieurs exemples. Hallopeau (2) a vu dans un cas la plaque primitive persister seule pendant près de deux mois avant l'apparition de l'éruption secondaire. Dans un autre cas, il a vu l'éruption persister pendant quatre ans ! Philipps (3) l'a vue persister pendant neuf mois chez un malade qui présentait deux poussées d'ictère pendant ce temps. Pinard (4) a vu apparaître, chez un malade en période d'incubation d'un chancre syphilitique, une éruption classique de pityriasis rosé qui persista pendant six mois, les lésions disparurent mais restèrent pigmentées, probablement sous l'influence du traitement arsenical intensif auquel fut soumis le malade. Parfois l'éruption se prolonge parce qu'elle évolue sur un terrain séborrhéique, eczématisable, surtout lorsque les éléments éruptifs ont été irrités par le grattage ou un traitement intempestif. L'on a affaire alors non plus à des lésions de pityriasis rosé, mais à des lésions eczématisiformes, la maladie ne passant jamais à l'état chronique.

Récidives. — Un autre caractère important de l'affection est sa *non récidivité*, sur laquelle Thibierge attira le premier l'attention. Une première atteinte semble conférer l'immunité.

(1) Fournier, Hallopeau, Besnier : *Ann. de dermat. et syph.* 1889, 2^e série, t. X, page 25.

(2) Hallopeau : Société française de dermat. et syph. 3 nov. 1905.

(3) Philipps : *British medical journal* 1895, vol. I, p. 254.

(4) Pinard : *Bulletin de la Soc. franç. de dermat. et syph.* Paris 1919, p. 249.

Cependant si les récurrences sont exceptionnelles, elles sont malgré tout possibles. Szaboky en a signalé un cas au bout de six semaines.

Hallen aurait observé sept atteintes chez le même malade ! Sherwell (1) en signale également un cas. E. Gr. Little qui a étudié spécialement la question n'a rencontré qu'un seul cas de récurrence sur les 174 cas qu'il a observés. Il s'agissait d'un enfant de 5 ans $\frac{1}{2}$ qui fut atteint d'une seconde éruption absolument identique à la première, six semaines après la disparition complète de celle-ci.

Darier a vu le pityriasis rosé récidiver au bout de quatre ans.

Le Damany rapporte deux exemples de récurrences, l'une au bout de huit jours, l'autre, à deux ans de distance.

Les récurrences sont donc possibles mais restent tout à fait exceptionnelles, la maladie semble conférer une immunité durable et c'est avec son évolution cyclique, l'un des meilleurs arguments en faveur de l'origine infectieuse ou parasitaire de l'affection. Nous reviendrons sur cette question en discutant la nature du pityriasis rosé.

B) **Formes anormales du Pityriasis rosé de Gibert**

A côté de la forme typique que nous venons d'étudier, il existe toute une série de variétés se rapprochant plus ou moins des formes pures et constituant pour Brocq, au point de vue objectif, une série insensible de *faits de passage* allant du pityriasis rosé de Gibert typique vers les faits qu'il a désigné sous le nom de *séborrhéides psoriasiformes* d'abord, puis de *parakératoses psoriasiformes* ensuite.

Darier groupe ces formes anormales dans ses *eczématides pityriasiformes*. Nous trouvons ainsi groupées, soit

(1) Hallen-Sherwell : *Journal of cutaneous diseases*, New-York 1896, t. XIV, pp. 356 et 355.

sous le nom de parakératoses psoriasiformes, soit sous celui d'eczématides, des affections les plus disparates, n'ayant de commun que leur aspect rouge psoriasiforme et leur apparition fréquente sur terrain séborrhéïque ou kérosique.

Aussi voyons-nous peu à peu se démembrer ces groupements artificiels. Les beaux travaux de Sabouraud, de Gougerot nous ont appris à mieux connaître certaines de ces lésions pityriasiformes qui ne sont en réalité que des dermoépidermites microbiennes dues à des cocci. D'autres ne sont probablement que des épidermocycoses comme tendent à le prouver les belles recherches de Du Bois qui a démontré l'origine cryptogamique de certaines dermatoses érythémato-squameuses du type pityriasis rosé de Gilbert. Et nous nous demandons même si le pityriasis rosé véritable n'est pas lui-même une épidermomycose analogue et si l'on n'a pas établi une barrière factice entre cette affection et les lésions pityriasiformes d'origine mycosique.

L'importance du terrain héréditaire ou acquis, général et local, semble en effet s'affirmer chaque jour davantage dans la plupart des dermatoses. Nous verrons, en étudiant l'étiologie du pityriasis rosé la grande importance du terrain général dans l'apparition de l'affection. Il semble que l'agent pathogène de la maladie ne peut se développer que sur un terrain particulier préparé par une déficience quelconque de l'organisme.

Peut-être le terrain local a-t-il lui aussi une importance capitale ? C'est peut-être lui qui imprime à l'éruption son aspect objectif. Les diverses variétés cliniques, les formes anormales de l'affection s'expliqueraient ainsi du fait d'une réaction particulière de la peau, des idiosyncrasies particulières du sujet au moment où se produit l'éruption.

Nous pouvons grouper ces formes anormales en deux grandes variétés suivant l'aspect objectif des éléments éruptifs. Nous distinguerons des formes anormales maculeuses et des formes anormales circonscrites.

1° *Formes anormales maculeuses.*

Elles correspondent aux *parakératoses psoriasiformes disséminées à type de pityriasis rosé de Gibert*, de Brocq.

L'aspect clinique rappelle beaucoup celui du pityriasis rosé typique et particulièrement celui de la forme maculeuse de l'affection. Le seul caractère distinctif important est l'absence de la plaque primitive. L'on retrouve l'évolution cyclique. Les signes fournis par le grattage méthodique des lésions sont les mêmes que dans les formes typiques. Nous verrons que ces lésions sont également identiques au point de vue histologique.

L'éruption présente une allure aiguë et rapidement envahissante; elle est constituée par de petites plaques rouges et squameuses disséminées sur toute la surface du corps et dont les dimensions varient de celles d'une pièce de 50 centimes à 1 franc, rarement plus.

Le prurit semble plus fréquent et les éléments éruptifs n'ont peut-être pas des caractères aussi tranchés que dans les formes typiques, l'aspect plissé de leur partie centrale serait moins net et paraît même faire défaut.

L'éruption, comme dans les formes typiques, tend spontanément à s'effacer et à disparaître en six semaines à trois ou quatre mois.

L'un de nos malades (Obs. VI) présentait une éruption qui semble se rapporter à cette forme anormale, l'on ne put décèler la présence de la plaque primitive et les éléments uniformément rouges et peu squameux pouvaient à première vue en imposer pour une roséole syphilitique. L'aspect plissé faisait défaut sur la plupart des éléments. Un examen attentif nous permit cependant de découvrir l'existence de quelques médaillons tout à fait caractéristiques avec leur liseré rouge périphérique et l'aspect finement plissé de leur partie centrale. Le diagnostic de pity-

riasis rosé s'imposait et fut confirmé par l'évolution cyclique de l'éruption qui disparut complètement sans laisser de traces en quatre semaines.

2° *Formes anormales circinées.*

Ces formes semblent correspondre à l'affection qui a été décrite par E. Vidal sous le nom de *pityriasis circiné et marginé* et qui serait due au « *microsporon anomœon* ou *dispar* ».

Dans ces formes les médaillons éruptifs assez peu nombreux, prennent lentement des dimensions considérables pour devenir alors nettement circinés, leur centre se décolorent pour prendre une teinte fauve. Ces médaillons siègent sur le tronc et surtout sur les grands plis articulaires. Ces éléments sont peu ou pas prurigineux. L'évolution de l'affection est plus longue et ne semble présenter ni la régularité, ni la symétrie du pityriasis rosé de Gibert.

L'on peut rapprocher du pityriasis circiné et marginé de Vidal, la variété des membres, ou l'éruption débutant par un membre peut y rester localisée.

Vidal en décrivant cette affection en faisait une véritable entité morbide distincte du pityriasis rosé. La plupart des dermatologistes la considèrent comme une variété du pityriasis rosé. Pour Thibierge, le pityriasis de Vidal serait rare et son autonomie très discutable.

E. Gaucher (1) pense que le pityriasis de Gibert et le pityriasis de Vidal constituent la même affection. Brocq le rattache au pityriasis rosé et en fait une variété de cette dernière affection.

Quelques dermatologistes continuent cependant à en faire une entité morbide distincte, Gougerot le sépare nettement du pityriasis rosé, Darier le fait rentrer dans ses

(1) E. Gaucher : *Maladies de la peau* 1909, p. 65 (t. XIV du nouv. traité de médecine de Gilbert et Thoinot).

eczématides pityriasiformes. Nous ne le considérons que comme une variété du pityriasis rosé.

COMPLICATIONS DU PITYRIASIS ROSÉ DE GIBERT.

1° *Eczématisation de l'éruption.*

L'éruption peut s'eczématiser dans certains cas, rares il est vrai. La bordure périphérique, en activité, est alors plus saillante, infiltrée et constituée par une série de papulovésicules groupées les unes à côté des autres. Cet aspect vésiculeux rend l'éruption légèrement humide. L'éruption semble alors constituer une forme anormale de pityriasis rosé, alors qu'en réalité l'on a un pityriasis rosé de Gibert véritable évoluant sur un terrain séborrhéique. Nous croyons que de nombreux cas d'érythèmes circinés pityriasiformes classés comme parakératoses psoriasiformes de Brocq sont ainsi constitués, l'éruption se trouvant modifiée dans son aspect objectif habituel, par le terrain sur lequel elle évolue. Ce qui nous confirme cette opinion, c'est que nous avons trouvé chez l'une de nos malades (Obs. I) la coexistence d'éléments typiques de pityriasis rosé et d'éléments atypiques qui nous ont semblé résulter de l'eczématisation des précédents.

2° *Conjonctivité pityriasique?*

Nous devons signaler la possibilité d'une conjonctivite au cours du pityriasis rosé de Gibert. Ce fait a été signalé par Ch. Blazy (1) qui admet même, comme à la peau, « la possibilité d'une plaque pityriasique à la conjonctive oculo-palpébrale, voire même cornéale ». La lecture attentive des cinq observations qu'il publie, semble nous montrer, que chez tous les malades qui font le sujet de ces ob-

(1) Ch. Blazy : La conjonctivite pityriasique. *Arch. gén. de médecine* 1874, t. I, p. 304.

servations, il ne s'agit pas de pityriasis rosé de Gibert, mais soit de pityriasis capitis, soit de pityriasis simplex. Nous regrettons que ces observations soient aussi peu précises, car rien ne nous autorise à y voir un seul cas de pityriasis rosé de Gibert.

Nicolas a vu une conjonctive aiguë se développer vers la fin d'un pityriasis rosé de Gibert. Sans aller jusqu'à nier les faits rapportés par Blazy, il croit que « la conjunctivite est une simple coïncidence, ayant peut-être avec le pityriasis rosé une origine commune, mais n'étant nullement reliée à ce dernier par une relation d'effet à cause. »

3° *Origine pityriasique?*

Johnson (1), chez un enfant de 5 ans couvert d'une éruption de pityriasis rosé typique et se plaignant de la gorge, a constaté l'existence sur la paroi postérieure du pharynx, les piliers du voile du palais et la voûte palatine, une éruption identique à celle de la peau avec la même desquamation. Nous n'avons pas pu relever aucun autre fait semblable. Peut-être, comme pour la conjunctivite, n'y a-t-il là qu'une simple coïncidence ?

(1) Johnson : New-York dermatological society, 20 déc. 1898. Analyse in *Ann. dermato. et syph.* 1893, 3^e série, t. X, p. 800.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET RECHERCHES BACTÉRIOLOGIQUES

L'examen histologique des éléments éruptifs du pityriasis rosé de Gibert révèle des altérations beaucoup plus accusées que ne le laisserait supposer l'examen clinique de cette affection d'apparence si bénigne. Ces lésions furent bien étudiées par Darier, Oro et Mosca, surtout par Hollmann et Sabouraud.

Hollmann a montré que les lésions sont essentiellement différentes suivant le degré de développement des efflorescences pityriasiques, ce qui expliquerait les résultats différents des travaux qui avaient été publiés sur la question. Il est convaincu que le processus morbide commence par le derme pour n'envahir que plus tard les différentes couches épithéliales. Dans le derme, l'on constate au début un processus congestif déterminant une dilatation énorme des vaisseaux sanguins et une infiltration cellulaire périvasculaire assez considérable dans le corps papillaire et dans les couches sous-papillaires du derme. En outre, il y a œdème dans le réseau de Malpighi avec diapédèse leucocytaire, produisant la saillie des papules. Les altérations de l'épiderme sont à cette période relativement

légères et se bornent à une prolifération peu accusée de la couche épineuse, à un œdème parenchymateux et surtout interstitiel, à une diapédèse leucocytaire assez abondante dans le corps muqueux de Malpighi. La couche cornée ne présente aucune anomalie en dehors d'une légère exfoliation. A un stade plus avancé, ces modifications pathologiques, notamment l'œdème, la dilatation des vaisseaux et les infiltrats périvasculaires, s'accroissent davantage. L'œdème interstitiel du corps muqueux augmente en certains points et l'on se trouve en présence du processus pathologique désigné par Unna sous le nom de transformation spongioïde de l'épithélium. Cet état spongioïde détermine ultérieurement la formation de vésicules histologiques irrégulières, assez mal délimitées, dans la couche épineuse sous-cornéale, et qu'un grattage méthodique peut laisser soupçonner sous forme de dépressions minuscules.

Comme conséquence de ces lésions, il résulte une kératinisation anormale, un certain degré de parakératose s'accroissant au point de déterminer un épaississement particulièrement considérable du stratum lucidum avec disparition en certains points du stratum granulosum et production de cellules cornées nucléées. La desquamation, seule lésion épidermique apparente à l'œil nu, n'est que le résultat de l'élimination des vésicules histologiques. Les squames sont parakératosiques et parsemées de ces vésicules desséchées.

Sabouraud a signalé l'existence constante, dans l'ourlet circulaire des éléments éruptifs, de points microscopiques de spongiose et de nombreuses *vésicules histologiques* superficielles, ordinairement imperceptibles à l'œil nu et existant sur six à huit de front, dans la seule largeur de l'ourlet de chaque efflorescence. Il signale un caractère bien spécial de ces vésicules qui ne renfermeraient que des *leucocytes mononucléaires*, dits macrophages. « Il est bien évident, dit-il, que ce fait étrange, constant, à ce qu'il m'a semblé, correspond à quelque chose de particulier dans la na-

ture de la maladie, c'est la seule vésicule que je connaisse de ce type. Mais l'explication en reste à donner:.....

Le pityriasis rosé de Gibert ne montre jamais aucun microbe dans la cavité de ses vésicules, ni auprès d'elles, et même ses déchets superficiels de lésions mortes sont en général aussi peu microbiens que possible. Enfin la présence quasi exclusive de leucocytes mononucléaires dans la cavité des vésicules du pityriasis rosé, alors que ces leucocytes n'ont point de pouvoir phagocytaire, tendrait à faire croire que l'absence de microbes dans le pityriasis rosé est non seulement une apparence mais une réalité. Cette opinion comme l'opinion inverse est hypothétique, je n'insiste pas. »

L'on retrouve ces mêmes caractères histologiques dans les parakératoses psoriasiformes disséminées et dans les eczématides à type de pityriasis rosé de Gibert.

RECHERCHES BACTÉRIOLOGIQUES.

Du fait des nombreuses ressemblances objectives des éléments éruptifs du pityriasis rosé de Gibert, avec leur centre plissé, leur bordure saillante, et les lésions de diverses épidermomycoses, nos recherches (sous l'inspiration de notre maître M. le Professeur Petges qui est convaincu de la nature parasitaire de l'affection), furent surtout aiguillées vers *l'examen microscopique des squames* dans le but de trouver des parasites, des éléments cryptogamiques, et plus particulièrement de retrouver : soit le trichophyton tonsurant signalé par l'école de Vienne, avec Hébra et Kaposi, comme l'agent de « l'herpès tonsurans maculosus » que ces auteurs confondent avec notre pityriasis rosé ; soit le microsporon anomœon ou dispar, de Vidal, considéré par cet auteur comme l'agent du pityriasis circiné et marginé ; soit l'agent cryptogamique de certaines dermatoses érythémato-squameuses du type pityriasis rosé de Gibert, signalé par Du Bois sous le nom de microsporon dispar et retrouvé depuis par Covisa.

Dans son remarquable rapport sur les « épidermomycoses » présenté au Congrès des dermatologistes de langue française, M. le Professeur Petges attirait particulièrement l'attention sur cette question des épidermomycoses à type pityriasique : « Il existe, dit-il, d'autres épidermomycoses, reproduisant de nombreuses autres formes cliniques : pityriasique, par exemple, avec la forme classique limitée en placards arrondis; de forme anormale et généralisée, comme dans le cas récent de Louste et Laurent, qui, par certains points, rappelait le pityriasis rosé.

Et ce cas incite à faire un rapprochement avec les idées de Hébra, qui avait affirmé l'origine mycosique de son « herpes tonsurans maculosus », notre pityriasis rosé de Gibert; avec les idées de Vidal, qui attribuait son pityriasis circiné et marginé (fondu avec le pityriasis rosé par Besnier), à un microsporon (*M. Anomæon*). Besnier et ses élèves Juhel-Renoy, Jacquet, après avoir vainement recherché ces parasites, ont combattu et infirmé ces conclusions, à laisser, disait Besnier, « dans les limites de la phytodermie ambiguë ».

Plus récemment, Du Bois (1911) a incriminé comme cause de certains types voisins du pityriasis rosé, ainsi que l'avaient fait Hébra et Vidal, un microsporon (*M. Dispar*), retrouvé depuis par Covisa (1912). C'est une question troublante que viennent rénover des travaux récents sur l'origine infectieuse possible du pityriasis (Brocq, 1922).

Le sujet appelle des recherches nouvelles : n'oublions pas que l'acare a été perdu pendant plusieurs siècles, que Lugol et Biet ont raillé la crédulité d'Alibert, affirmant la nature parasitaire de la gale, jusqu'au jour où un étudiant en médecine, Renucci, montra ce que ses maîtres n'avaient pas su voir. »

Le fait que des dermatologistes éminents et avertis comme Hébra, Kaposi, Du Bois, considèrent le pityriasis

rosé comme une épidermomycose, mérite, en effet, d'être prise en considération et, si rien ne nous autorise, dans l'état actuel de la science, à considérer comme certaine la nature cryptogamique du pityriasis rosé, nous devons au moins admettre incontestablement l'existence d'épidermomycoses de type pityriasique très voisines de notre pityriasis rosé. Cette constatation a son importance; nous devons y voir autre chose qu'une simple coïncidence et, peut-être, d'insuffisantes recherches, une technique imparfaite ont-elles fait conclure, un peu trop vite à notre avis, au rejet de l'origine mycosique du pityriasis rosé; la recherche du « microsporon dispar » étant, de l'avis même de Du Bois, particulièrement délicate et sa culture n'en ayant pas encore été faite.

La question appelle donc de nouvelles recherches, car l'on ne peut pas rejeter *a priori* l'origine mycosique possible du pityriasis rosé.

Nous ne pouvons, malheureusement, comme nous l'aurions voulu, apporter aucun fait nouveau sur cette troublante question. Nous nous bornerons à analyser les divers travaux entrepris dans ce sens en insistant particulièrement sur ceux de Du Bois.

Nous avons vu que c'est avec Hébra qu'apparaît la notion de l'origine parasitaire externe de l'affection. En 1854, l'éminent dermatologiste viennois joignait aux formes squameuses et vésiculeuses de l'herpès tonsurant des parties glabres, une forme maculeuse, « *l'herpes tonsurans maculosus* », qui correspond à notre pityriasis rosé. Il en indiquait en même temps son agent pathogène, « le trichophyton tonsurant de Malmstein et Gruby », que l'on trouve dans les couches supérieures de l'épiderme, à cellules nucléées, sous les couches des cellules cornées. L'on ne trouve dans les premiers jours que quelques spores isolées, et ce n'est qu'au cours de la deuxième à la troisième semaine que l'examen microscopique révèle le mycélium caracté-

ristique dans les squames des grandes plaques, après macération de l'épiderme dans une solution de potasse.

Kaposi, Neumann, Ullmann (1) confirment les travaux d'Hebra, et Neumann conseille de placer les squames dans le xylol et d'examiner dans ce liquide pour découvrir facilement les filaments mycéliens.

E. Vidal, en 1882, isole du pityriasis rosé son « *pityriasis circiné et marginé* » et lui décrit son mycoderme, le « *microsporon anomæon ou dispar* » caractérisé par l'extrême petitesse des spores, ayant en moyenne 1/1000 de mm. et une irrégularité de volume très particulière; leur disposition en cercle autour des cellules épithéliales, la rareté des chaînes de spores et l'absence ou tout au moins la rareté extrême d'un mycélium. Ce parasite aurait quelques ressemblances avec un microsporon trouvé par Méguin (2) sur les plumes d'un perroquet et Vidal se demande s'il ne serait pas transmis à l'homme par les animaux.

Primo Ferrari retrouve, quelques années plus tard, le microsporon de Vidal dans le pityriasis circiné. Depuis, cet agent mycosique n'a plus été retrouvé.

Les travaux récents de Du Bois méritent une plus grande attention. Dans une remarquable étude, cet auteur, accompagnant sa démonstration de microphotographies des plus nettes et des plus probantes, décrit, en 1912, l'agent cryptogamique de certaines dermatoses érythémato-squameuses du type pityriasis rosé de Gibert. Il met cet agent cryptogamique en évidence dans un cas rappelant le pityriasis rosé de Gibert avec plaque primitive classique au niveau du sein gauche, éruption secondaire composée d'éléments caractéristiques limités par un liseré rosé et à centre jaunâtre et plissé, évolution cyclique de la maladie. Il met

(1) Kaposi, Neumann, Ullmann : (Wiener dermato. Gesellschaft, 8 févr. 1899).

(2) Méguin : Les teignes chez les animaux domestiques et leur analogie ou leur identité avec celles de l'homme, (Société de biologie, 8 nov. 1879.) *Ann. dermato. et syph.* 1830, t. I, p. 101.

ce même agent en évidence dans les deux autres variétés de cette affection, dans un cas de pityriasis circiné et marginé de Vidal et dans une forme atypique de pityriasis rosé décrite par Brocq comme forme de passage allant aux parakératoses psoriasiformes disséminées à type de pityriasis rosé de Gibert.

Chez ces trois malades, l'examen des squames des éléments jeunes lui a montré, sur la face profonde, la présence d'un parasite identique, représenté par des *amas de spores* rondes, de grandeur variable, dont les plus grandes ne dépassent pas 5 M et dont les plus petites sont visibles, mais difficiles à mesurer. Il ne pousse sur aucun milieu habituel et n'est pas inoculable.

Du Bois pense que, malgré quelques analogies, il lui paraît difficile d'identifier ce parasite à celui trouvé par Vidal, le groupement des spores en amas, les résultats négatifs de leur inoculation et de leur culture, rapprocherait plutôt cet organisme de celui du pityriasis versicolor, le microsporon furfur, mais l'absence de mycélium l'en éloigne. En attendant la détermination de sa place dans la classification des dermatophytes, il propose de le nommer en souvenir de Vidal « *microsporon dispar* » et pense que « de nouvelles recherches confirmeront sa présence dans tous les pityriasis rosés dont il est probablement l'agent étiologique ».

Il indique une technique spéciale, indispensable, pour la recherche de ce parasite, dont les éléments délicats et sans cohésion s'éparpillent avec la plus grande facilité. Sa façon de prélever les fragments à examiner lui semble avoir joué le principal rôle dans sa découverte. Il a toujours eu des résultats négatifs par le procédé du raclage des plaques communément employé. Il faut s'adresser aux *éléments jeunes* dont l'on détache facilement avec la pointe d'un bistouri, en un seul morceau, la couche cornée de toute la surface d'un élément. La squame ainsi obtenue, aussi

grande que possible, est placée par sa face externe sur une lame de verre recouverte d'une lamelle, et est dégraissée en faisant passer de l'éther de pétrole entre la lame et la lamelle. L'on monte ensuite la préparation au baume. L'emploi de la potasse ne convient pas pour la recherche de ce délicat parasite.

Ces belles recherches de Du Bois allaient être confirmées la même année par Covisa. Dans un cas typique de pityriasis rosé avec plaque primitive et éléments tout à fait caractéristiques, Covisa, en employant rigoureusement la technique de Du Bois, retrouva le parasite sous forme de spores de volume variable, groupées en amas, sans filaments mycéliens. Cet organisme lui semble bien être l'agent pathogène du pityriasis rosé de Gibert.

Aucun travail n'étant venu confirmer l'existence de ce parasite, nous avons voulu savoir et voir par nous-même. Chez 7 de nos malades, nous avons recueilli les squames par le procédé du râclage des plaques avec un bistouri et nous avons fait l'examen microscopique après dégraissage par la potasse. Toutes ces recherches furent négatives. Nous déplorions de n'avoir pas appliqué la technique de Du Bois, dont nous primes connaissance malheureusement trop tard, lorsque nous eûmes la bonne fortune d'observer un nouveau cas de pityriasis rosé (obs. VIII). Suivant les conseils de Du Bois, nous enlevâmes avec la plus grande facilité, avec la pointe d'un bistouri, d'un seul morceau, toute la surface cornée de plusieurs éléments jeunes. Après avoir dégraissé par l'éther de pétrole et monté au baume, l'examen microscopique ne nous révéla la présence d'aucun des amas de spores décrits par Du Bois et Covisa.

Nous ne pouvons cependant conclure à leur absence après un seul examen, et nous regrettons que nos obligations militaires ne nous permettent pas de pouvoir continuer nos recherches dans ce sens avant de terminer notre

ouvrage. Nous nous bornerons modestement à attirer l'attention sur cette troublante question avec l'espoir que d'autres plus adroits et plus heureux que nous viendront confirmer la présence du « microsporon dispar » dans les squames du pityriasis rosé de Gibert.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Les conditions de développement du pityriasis rosé de Gibert sont très imparfaitement déterminées et encore bien obscures. Depuis que cette affection a été isolée comme une véritable entité morbide par Bazin et Gibert, la question de sa nature est restée et reste encore l'une des plus troublantes de la dermatologie. L'accord est encore bien loin de se faire, et il suffira, pour se rendre compte des diversités d'opinion, de se rappeler la multiplicité de ses appellations, qui en résument toute l'histoire pathogénique.

Nous ne pouvons malheureusement apporter aucun fait nouveau qui puisse nous éclairer sur cet important problème de la nature du pityriasis rosé de Gibert. Nous nous bornerons modestement à essayer de déterminer les conditions dans lesquelles cette curieuse affection se développe le plus ordinairement. Nous discuterons les principales théories qui ont pu être émises pour expliquer sa nature, et, de tous ces importants travaux, nous essaierons de dégager les faits les plus solidement établis pour conclure et exposer notre manière de comprendre cette affection.

Fréquence. — Longtemps considérée comme une maladie relativement peu commune, le pityriasis rosé semble

devenir de plus en plus fréquent, peut-être parce que mieux connu et de moins en moins confondu avec d'autres dermatoses, telles que la roséole syphilitique, erreur qui peut malheureusement se faire et se trouve être encore beaucoup trop fréquente. Du fait de son allure bénigne, de l'absence habituelle de phénomènes généraux et fonctionnels accentués, de sa tendance à la guérison spontanée en 6 semaines à 2 mois, de nombreux malades ne viennent probablement pas consulter pour cette affection, qu'ils jugent eux-mêmes insignifiante.

E. Gr. Little fit le relevé de 174 observations personnelles de la maladie, survenant dans environ 27,000 cas d'affections de la peau.

Pour Towle, sa fréquence serait de 1 cas sur 282 dermatoses.

Sexe et âge. — Cette affection peut se rencontrer dans les deux sexes et à tout âge, mais se rencontre plus particulièrement chez les gens à peau fine et délicate, ce qui explique sa plus grande fréquence chez la *femme*, les *adolescents* et les *adultes jeunes*.

Des statistiques de Moingeard, il résulte que le maximum de fréquence s'observerait de 15 à 35 ans (73 % des cas) et que le sexe féminin serait atteint dans 63 % des cas. Il le serait dans 66 % des cas pour Towle.

Bronson en a rencontré un cas typique chez un enfant de 2 ans et demi et Allen chez un enfant de 4 ans (1).

Saison. — L'affection s'observe surtout dans les saisons chaudes et humides de l'année. C'est au *printemps* que le pityriasis rosé est le plus commun; c'est ensuite en *automne* qu'on le rencontre avec son maximum de fréquence.

Sur 56 cas, Moingeard l'a vu se développer 35 fois pendant les mois d'avril, mai et juin.

(1) Bronson, Allen : New-York dermatological society, 20 déc. 1898.

Importance du terrain. — Si ces trois facteurs : le sexe, l'âge et saison, nous semblent avoir une influence manifeste sur l'apparition du pityriasis rosé, cette influence n'est en réalité que secondaire. Un autre facteur, le *terrain*, nous semble, au contraire, avoir une importance capitale et telle que nous croyons que, dans la grande majorité des cas, un terrain particulier est indispensable à l'apparition de cette affection.

Il nous semble que l'agent pathogène du pityriasis rosé ne peut se développer que sur un terrain spécial, préparé par une déficience quelconque de l'organisme. M. Pinard (1) prétend même n'avoir « jamais rencontré de pityriasis rosé de Gibert chez des individus en équilibre parfait de santé ».

Cette importance du terrain n'avait pas échappé aux premiers auteurs français qui décrivirent l'affection. La plupart considéraient qu'elle relevait d'une tare constitutionnelle primitive.

Pour Bazin, le pityriasis rubra aigu est une manifestation de l'arthritisme; il en fait une arthritide pseudo-exanthématique squameuse. A sa suite, les éminents dermatologistes de l'hôpital Saint-Louis continuèrent à admettre la nature pseudo-exanthématique du pityriasis rosé, mais sans toutefois le rattacher aussi étroitement à l'arthritisme qu'avait voulu le faire Bazin.

Hardy, qui considère le pityriasis et l'eczéma comme la manifestation d'une même disposition constitutionnelle, ne fait aucune difficulté pour ranger le pityriasis parmi les éruptions dites dartreuses ou herpétiques.

Vidal en fait un « érythème desquamatif pseudo-exanthématique » et Besnier un « pseudo-exanthème érythémato-desquamatif ».

Fournier partage cette opinion pour considérer l'affec-

(1) M. Pinard : *Bulletin de la Société française de dermat. et syph.* Paris 1919, p. 249.

tion comme un pseudo-exanthème, c'est-à-dire, dit-il, « quelque chose d'intermédiaire entre une fièvre éruptive et une dermatose chronique, mais se rapprochant plus d'une fièvre éruptive que d'une dermatose ».

Sabouraud, en décrivant la vésicule histologique des lésions et en montrant la présence quasi exclusive de leucocytes mononucléaires dans le liquide de ces vésicules, est amené à considérer l'affection comme un « érythème vésiculeux de cause interne à déterminer ».

Tous ces dermatologistes éminents semblent donc attribuer une importance capitale au terrain. Nous ne pouvons cependant pas, avec eux, considérer le pityriasis rosé comme résultant d'un état diathésique quelconque, l'évolution cyclique de l'affection, sa non-récidivité habituelle, suffisent pour que l'on ne puisse considérer le pityriasis rosé comme un pseudo-exanthème et pour en faire une maladie infectieuse ou parasitaire. Par contre, ainsi que nous le verrons, la rareté de la contagion semble montrer que l'agent pathogène de cette affection ne peut se développer que dans des conditions spéciales de terrain. Nous pouvons ainsi, dans une certaine mesure, rapprocher le pityriasis rosé de Gibert du pityriasis versicolor. Cette dermatose, dont l'origine cryptogamique, qui fut longtemps contestée, est maintenant admise par tous, nécessite cependant des causes spéciales de terrain pour se développer et s'observe de préférence chez les sujets arthritiques, chez les sujets troublés dans leur fonctionnement gastro-intestinal et surtout chez les tuberculeux, principalement chez ceux dont l'affection évolue lentement pendant des mois et des années.

Quel est donc ce terrain spécial, indispensable, nous semble-t-il pour voir le pityriasis rosé apparaître ? S'il nous semble qu'une déficience quelconque de l'organisme suffit pour préparer ce terrain, certains états pathologiques nous paraissent devoir se présenter avec une assez grande fré-

quence chez les sujets atteints de pityriasis rosé. Nous allons passer en revue les principaux.

Pityriasis rosé et auto-intoxication gastro-intestinale.

En premier lieu, nous devons signaler la fréquence de l'*ectasie gastrique*, fréquence sur laquelle Jacquet a attiré particulièrement l'attention. Jacquet a montré que, conformément à l'opinion émise par Bouchard, l'on doit faire une large place à ce facteur nouveau. Il cite le cas de deux malades atteints de pityriasis rosé et chez lesquels l'on peut constater, d'une part, une tuméfaction assez marquée des articulations phalango-phalangiennes (nodosités de Bouchard), d'autre part, une dilatation gastrique assez marquée. Dans une généralisation excessive, il n'hésite pas à faire de l'ectasie gastrique la cause de l'affection : « Deux cas, c'est peu pour conclure, dit-il. Et pourtant, malgré tout, pour que sur 100 cas, Bouchard ait rencontré 5 fois le pityriasis rosé, pour que nos deux pityriasiques, les seuls que nous ayons examinés à ce point de vue, se trouvent être deux dilatés, il nous semble qu'il doit y avoir là autre chose qu'une coïncidence. Tranchons le mot : nous croyons ici à une relation directe entre la dilatation stomacale et la dermatose s'expliquant, comme l'admet Bouchard, par des fermentations anormales dont l'organe ectasié est le siège, la production de substances toxiques et irritantes et l'élimination de ces substances par les émonctoires cutanés. »

Cette généralisation est évidemment excessive, de nombreux dilatés n'ont jamais eu de pityriasis rosé et d'autre part un grand nombre de sujets atteints de pityriasis rosé ne présentent pas d'ectasie gastrique. Nous l'avons toujours recherchée et ne l'avons jamais observée dans les huit cas que nous rapportons. D'autre part, l'évolution cyclique de la maladie, sa non-récidivité habituelle, se conçoivent mal dans cette hypothèse, la dilatation persistant devrait au

contraire entretenir l'éruption ou la faire du moins réapparaître de temps en temps. Mais si nous ne pouvons accepter l'hypothèse de Jacquet, ce dernier conserve le mérite d'avoir attiré l'attention sur la fréquence de l'ectasie gastrique qui semble être un facteur prédisposant important.

Elle est signalée et considérée comme particulièrement fréquente par Besnier (1). Feulard (2) rapporte deux observations de dilatation gastrique marquée au cours du pityriasis rosé, avec nodosités de Bouchard dans l'une d'elles. Moingeard en a rencontré deux cas des plus nets.

L'ectasie gastrique est probablement un facteur prédisposant agissant, d'une part, comme cause de moindre résistance de l'organisme du fait de la toxémie gastro-intestinale et, d'autre part, comme cause d'irritation cutanée du fait de l'élimination des substances toxiques au niveau de la peau.

L'auto-intoxication d'origine digestive est peut-être la cause des troubles digestifs que l'on relève souvent comme prodromes du pityriasis rosé. Chez deux de nos malades (Obs. V et VI), nous avons relevé des troubles digestifs nets dans les jours qui ont précédé l'éruption. Ces troubles relèvent peut-être d'un mauvais fonctionnement gastro-intestinal plutôt que de l'affection elle-même.

Un de nos malades (Obs. IV) était atteint depuis quelques années d'une appendicite chronique et fut opéré à la suite d'une poussée aiguë trois mois avant l'apparition d'une éruption typique de pityriasis rosé. Bartet (3) a vu le pityriasis rosé de Gibert coïncider avec une hépatite aiguë non suppurée et Philipps (4) rapporte la curieuse observation d'une éruption prolongée pendant 9 mois chez un malade qui présenta deux poussées d'ictère pendant qu'il fut en observation.

(1) Besnier : *Ann. de dermat. et syph.* 1889, p. 459 et 1891 p. 867.

(2) Feulard : *Ann. de dermat. et syph.* 1889, p. 459.

(3) Bartel : *Archives de médecine navale* 1909, t. 92, p. 53.

(4) Philipps : *Bristish medical journal* 1895, vol. I, p. 254.

De la toxémie gastro-intestinale ou hépatique nous pouvons rapprocher *l'auto-intoxication gravidique*, chez l'une de nos malades (Obs. VIII) nous avons vu le pityriasis rosé apparaître au début d'une grossesse.

L'auto-intoxication nous semble donc devoir être considérée comme un facteur prédisposant important et non à dédaigner.

Pityriasis rosé et syphilis.

L'apparition du pityriasis rosé semble aussi être particulièrement fréquente chez les syphilitiques. Cette fréquence mérite le plus grand intérêt, car c'est souvent une cause d'erreur de diagnostic particulièrement grave. De nombreux auteurs ont attiré l'attention sur cette question :

« On observe le pityriasis rosé avec une fréquence relative chez les sujets syphilitiques, à la période précoce de la syphilis au moment où se montre la roséole. » (Thibierge).

« Les syphilitiques, à la période secondaire, voient assez souvent se développer chez eux cette éruption ; on sait quelle est la fréquence des parakératoses psoriasiformes chez les syphilitiques pendant les 2^e, 3^e et 4^e années de leur maladie. » (Brocq).

Renaut (1) rapporte l'observation d'une jeune femme atteinte de syphilis secondaire avec chancre et roséole et offrant en même temps une éruption de taches rosées desquamatives.

Feulard (2) a observé deux fois la coïncidence curieuse d'un pityriasis rosé et d'une roséole syphilitique.

Klotz (3) rapporte le cas d'un malade qui a présenté un pityriasis rosé trois mois après un chancre suivi de sy-

(1) Renaut : *Bull. Soc. franç. de dermat. et syph.* 1891, p. 40.

(2) Feulard : *Bull. Soc. franç. de dermatolo. et syph.* 1891, p. 96.

(3) Klotz : *New-York dermatological society*, 27 fév. 1900.

philides lenticulaires qui ont disparu rapidement sous l'influence d'un traitement spécifique.

Hallopeau (1) rapporte l'observation d'un pityriasis rosé chez un malade présentant une gomme spécifique de la jambe droite.

Dans une communication récente à la Société de Dermatologie, Pinard (2) rapporte deux cas de pityriasis rosé de Gibert apparu pendant l'incubation de la syphilis. Chez le premier malade une éruption typique est apparue pendant l'incubation du chancre et a persisté six mois, les lésions sont restées pigmentées, probablement sous l'influence du traitement arsenical.

Chez le second malade, un pityriasis rosé classique est apparu quelques jours avant un chancre induré du sillon.

Chez l'un de nos malades (Obs. II), nous avons vu le pityriasis rosé apparaître avant l'apparition d'un chancre induré du fourreau et probablement pendant la période d'incubation de ce chancre.

Chez un autre (Obs. III), l'éruption pityriasique est apparue trois mois après le chancre, en pleine période secondaire avec co-existence d'accidents spécifiques nets (syphilides du gland, plaques muqueuses buccales, alopecie en clairière).

Pityriasis rosé et tuberculose.

Nous devons aussi signaler la très grande fréquence de la tuberculose chez les sujets atteints de pityriasis rosé, fréquence telle que Le Damany et son élève Lebreton n'hésitent pas à faire, du pityriasis rosé de Gibert, une *tuberculide*. Les arguments qu'ils apportent à l'appui de cette nature tuberculeuse du pityriasis rosé sont tirés :

(1) Hallopeau : *Ann. dermato. et syph.* 1900, 4^e série, t. I, p. 396.

(2) Pinard : *Bull. Soc. franç. de dermato. et syph.* 1919, p. 249.

1° De la possibilité de récidives dans le pityriasis rosé ;

2° De la fréquence et de l'importance des symptômes généraux qui accompagnent, précèdent ou suivent l'éruption ;

3° De l'existence, constante dans les formes généralisées, fréquente dans les formes discrètes ou localisées d'une micropolyadénopathie de longue durée ;

4° De la fréquente co-existence de diverses manifestations tuberculeuses ;

5° Des réactions produites par la tuberculine chez des sujets atteints de cette dermatose et en apparence, absolument sains par ailleurs.

Une telle généralisation nous paraît excessive et nous ne pouvons pas plus l'admettre que celle de Jacquet pour la dilatation de l'estomac. Nous ferons remarquer que les récidives sont, comme nous l'avons vu, fort rares et ne peuvent servir d'arguments contre l'origine infectieuse ou parasitaire de la maladie dont l'agent pathogène nous semble être rigoureusement spécifique, ainsi qu'en témoigne l'immunité durable que semble conférer une première atteinte dans la très grande majorité des cas.

Les symptômes généraux sont toujours atténués et ne font que dénoter un mauvais état général quelconque qui peut ne pas être en rapport avec la tuberculose.

La micropolyadénopathie, pour fréquente qu'elle soit, ne nous a pas paru constante et, point n'est besoin d'invoquer l'hypothèse d'une tuberculose pour l'expliquer. Elle ne fait que traduire la réaction de l'organisme.

La co-existence de diverses manifestations tuberculeuses, pour fréquente qu'elle soit, est loin d'être de règle. Une seule de nos malades (Obs. V) pouvait être suspectée de bacillose sur les huit que nous avons examinées spécialement à ce sujet.

Enfin, les réactions produites par la tuberculine chez

des sujets en apparence absolument sains par ailleurs ne prouvent absolument rien, étant donné que la réaction positive à la tuberculine peut être considérée comme normale, puisqu'elle atteint la proportion incroyable de 95 % chez l'adulte dans les villes. Elle ne peut donc servir de moyen de diagnostic.

Sans vouloir méconnaître l'importance de la tuberculose dans l'apparition du pityriasis rosé, nous ne pouvons la considérer que comme un facteur prédisposant, de premier ordre certes, mais non comme la cause de cette affection. « Aux tuberculoses cutanées typiques et atypiques et aux tuberculides probables, n'a-t-on pas dans ces dernières années proposé d'adjoindre le pityriasis rosé de Gibert, l'eczéma, le psoriasis et un certain nombre de réactions cutanées dont nous ignorons encore l'étiologie précise ? Si l'on n'y prenait garde, et au train dont vont certains dermatologistes, la dermatologie proprement dite aurait bientôt disparu, incorporée mi-partie à la syphilis, mi-partie à la tuberculose. Il est temps de réagir contre de semblables exagérations et après la période de synthèse une période d'analyse et de vérification s'impose. » (Pautrier) (1).

Si le pityriasis rosé de Gibert coexiste souvent avec soit la tuberculose, soit la syphilis, soit une auto-intoxication quelconque, il est cependant des cas nombreux où cette affection semble exister seule et apparaît chez des sujets parfaitement sains en apparence avec un bon état général. Mais nous devons alors tenir compte d'un certain nombre de facteurs prédisposants particulièrement fréquents et qui nous semblent agir en diminuant la résistance de l'organisme pour préparer le terrain convenable au développement de l'agent pathogène. C'est ainsi que nous devons signaler l'influence de l'action prolongée du chaud et du froid, des excès de toutes sortes, des fatigues, des veilles

(1) Pautrier : Les tuberculoses cutanées. *Dermatologie*, t. XXI du traité de pathologie de Sergent, Ribadeau, Dumas, Babonneix, 1923, p. 561.

prolongées, des insomnies, des écarts de régime, influence sur laquelle ont insisté Nicolas et Chapard et plus récemment Szaboky (1) et H. F. Alderson (2). Nicolas et Chapard font aussi jouer un rôle important aux émotions morales vives et en particulier aux chagrins.

Tous ces facteurs sont des causes de moindre résistance de l'organisme et c'est à ce titre qu'ils nous semblent devoir agir.

En résumé, nous croyons que le pityriasis rosé de Gilbert ne peut apparaître que s'il existe un *terrain spécial* préparé par une *déficience quelconque de l'organisme*, et parmi les causes de déficience de l'organisme nous devons retenir surtout *l'auto-intoxication d'origine digestive*, la *sypphilis* et la *tuberculose*.

Contagion.

Quelques auteurs ont observé ou cru observer des exemples de contagion.

Horand (3) a observé cette affection simultanément chez deux frères couchant ensemble, le deuxième fut atteint environ un mois après la guérison complète du premier. Mais il ne croit pas à la contagion et pense que si les deux frères furent atteints, c'est qu'ils se trouvaient dans de mauvaises dispositions hygiéniques identiques.

Radcliffe Crocker (4) a constaté deux cas de pityriasis rosé simultanément chez deux personnes d'une même famille et est convaincu de la nature parasitaire de l'affection.

Le Dr J. Zeisler a été atteint de pityriasis rosé deux semaines après que sa femme en a eu un et est lui aussi convaincu de la nature parasitaire de cette affection.

(1) Nicolas, Chapard, Szaboky : loc. cit.

(2) H. E. Alderson : *The journal of cutaneous diseases*, mai 1914.

(3) Horand : loc. cit.

(4) Radcliffe Crocker : loc. cit.

Le Dr Fordyce a lui aussi observé des faits qui pourraient lui faire croire que les Docteurs Crocker et Zeisler ont raison.

Le Dr G. H. Fox a vu une mère et son enfant atteints en même temps de pityriasis rosé.

P. Fernet (1) a observé un pityriasis rosé chez un homme six mois après que sa femme eut été soignée pour une affection analogue.

Lassar (2) a observé de nombreux cas de pityriasis rosé chez des personnes faisant usage de *vêtements de laine neufs ou non blanchis depuis longtemps*, l'éruption apparaissait à l'endroit où ce linge touchait directement la peau : il l'a vu se produire au point où la chemise exerçait un frottement énergique chez un homme qui avait fait l'acquisition de chemises de laine neuves trois semaines auparavant. Chez un autre, l'éruption survint au point d'application d'un bandage herniaire que le malade avait enveloppé de linges neufs pour lui donner plus de consistance.

Il croit que le pityriasis rosé est dû à une infection cutanée exogène. Joseph et Rosenthal partagent la même opinion et ont eux aussi souvent observé cette affection chez des sujets portant du linge neuf. Jadassohn croit cette opinion fondée dans un bon nombre de cas.

Les *inoculations* ont été tentées par de nombreux auteurs, en particulier par Vidal, dans le pityriasis circiné et marginé, et par Du Bois. Elles sont toujours restées négatives.

Brocq, en signalant l'existence de la plaque primitive dans le pityriasis rosé et en montrant que c'en était le mode habituel de début, concluait que le siège assez fréquent de cette plaque primitive sur le tronc, en des régions

(1) P. Fernet: Thèse de Paris 1910. Les parakératoses psoriasiformes de Brocq.

(2) Lassar, Joseph, Rosenthal : (Société berlinoise de dermat., 2 fév. 1892). *Ann. de dermat. et syph.* 1892, 3^e série, t. III, p. 1289.

constamment protégées par des vêtements, était peu favorable à l'hypothèse d'une inoculation directe comme point d'origine. Dans un travail récent sur la nature de l'affection, il n'admet plus cet argument.

Les mycoses se transmettent, en effet, fréquemment par l'intermédiaire des linges de corps mal lavés ou souillés chez les blanchisseurs. Certaines maladies sont transmises par l'intermédiaire des insectes parasites de l'homme : les puces, les poux, les punaises. Il conclut que, « au lieu d'être un argument contre ces modes de contamination, la localisation pour ainsi dire constante de la plaque primitive aux régions couvertes de vêtements pourrait être invoquée en faveur de l'hypothèse de la contamination par l'intermédiaire des linges de corps ou des insectes parasites.

» Nous pensons que les faits militent surtout en faveur d'une contamination par l'intermédiaire des insectes parasites, en particulier des puces et des punaises. C'est surtout au niveau des régions les plus exposées à être piquées par les puces que se produisent les plaques primitives.

» Quand il y a plusieurs plaques primitives, elles sont voisines les unes des autres. L'affection prédomine chez la femme; ce sont là de sérieuses présomptions. Les exemples de contagion peuvent fort bien s'expliquer par l'hypothèse de la transmission de la maladie par des insectes parasites de l'homme. Il est vrai que l'on pourrait s'étonner, si l'on admet cette hypothèse, de la rareté de ces cas familiaux. Mais ne sait-on pas que les puces et les poux ont une prédilection particulière pour telle ou telle personne ? Il serait, en outre, possible, que l'agent infectieux ne fût nuisible que pour certains sujets. »

Les exemples de contagion sont, en effet, fort rares, mais cette rareté s'explique aisément si l'on admet la nécessité de causes prédisposantes, d'un terrain particulier créé par une déficience quelconque de l'organisme et favorable au développement de l'agent pathogène de l'affection.

Notion d'épidémicité.

Malgré la rareté des exemples de contagion, celle-ci semble cependant à peu près certaine, car elle permet seule d'expliquer une particularité bien curieuse de cette dermatose, son apparition en séries sous forme de *petites épidémies*, surtout au *printemps* et à *l'automne*. Cette allure épidémique du pityriasis rosé est vraiment remarquable et constitue l'une des caractéristiques les plus importantes de cette affection.

Récemment, Cl. Simon (1) signalait avoir observé au cours du printemps 1919 une dizaine de cas de pityriasis rosé venant tous de la même région de la banlieue parisienne. Cette affection pourrait, d'après lui, dans certains cas, avoir une allure épidémique.

Notre maître, M. le Professeur Petges, a eu l'occasion d'observer deux petites épidémies de pityriasis rosé. dont voici la relation :

« Tandis qu'il se passe des mois sans que l'on puisse rencontrer des cas de pityriasis rosé, lorsqu'un cas survient, il est rapidement suivi d'autres cas, comme s'il s'agissait d'une poussée épidémique. J'ai noté dans ma clientèle et dans une clinique privée, comme à l'hôpital, que les cas de pityriasis rosé ne sont jamais isolés. J'ai coutume d'annoncer aux étudiants, quand un cas se présente alors que l'on n'en a pas observé depuis quelques mois, qu'il en viendra d'autres sous peu. En repassant toutes mes observations, je trouve les cas de pityriasis rosé par groupe de 3 à 6 en l'espace d'une quinzaine de jours, après quoi il se produit une éclipse.

» J'ai observé, en 1917, dans l'ambulance de corps d'armée que je dirigeais sur le front de Champagne, ambu-

(1) Cl. Simon : *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et syph.* 1919, p. 249.

lance qui n'était pas spécialisée dans la dermatologie, et en 1918, dans un centre de dermato-vénéréologie d'armée, deux véritables petites épidémies de pityriasis rosé de Gibert.

» En juin 1917, je reçus, dans l'espace d'une quinzaine de jours, une vingtaine de cas de pityriasis rosé évacués et une vingtaine de consultants atteints de la même affection. Les caractères de l'affection étaient remarquables par l'extension à tout le corps, la confluence des éléments et leur grande taille. A côté de petits éléments allongés, de 2 à 3 cm. de long sur 1 à 2 de large, de médaillons ovales ou arrondis un peu plus grands, il existait des plaques atteignant ou dépassant la grandeur d'une main d'adulte. Presque tous les malades ressentaient un prurit plus ou moins vif. Il s'agissait bien de pityriasis rosé cliniquement et d'après l'évolution des lésions qui guérirent environ dans l'espace de 3 semaines sous l'influence d'un traitement très simple : application quotidienne de pâte avec :

Vaseline.....	100 gr.
Oxyde de zinc	50 —
Talc	50 —
Acide phénique	1 —

» En 1918, dans le centre dermato-vénéréologique dont la direction m'avait été confiée, j'ai reçu également dans le courant d'avril-mai, en l'espace d'une douzaine de jours, plus de 30 malades atteints de la même affection de forme classique, parmi lesquels 6 présentaient la forme cohérente, à grands éléments, signalée plus haut.

» Tous ces malades n'étaient pas évacués pour le pityriasis rosé, la plupart même étaient hospitalisés pour affections vénériennes. »

Nature du pityriasis rosé de Gibert.

Maintenant que nous avons essayé de déterminer les

conditions dans lesquelles l'affection se développe le plus ordinairement, un problème important se pose, celui de la nature de la maladie.

Nous avons vu qu'à la suite de Bazin, qui rattachait le pityriasis rosé à l'arthritisme, les éminents dermatologistes de l'hôpital Saint-Louis, avec Vidal, Fournier, Besnier, considéraient cette affection comme *de nature pseudo-exanthématique*, comme une affection de cause interne. L'école viennoise, au contraire, avec Hébra, Kaposi, Neumann, considérant l'affection comme *de nature parasitaire* externe, la faisait rentrer dans la classe des dermatophyties.

L'antagonisme était donc complet entre les deux grandes écoles.

Peu à peu, nous voyons se modifier la conception que se faisait l'école française du pityriasis rosé de Gibert. Les principaux caractères cliniques de l'affection allaient bientôt être mieux établis, et l'évolution cyclique de la maladie, sa non-récidivité habituelle, une première atteinte paraissant conférer une immunité complète et durable, devaient rapidement faire rejeter l'hypothèse de la nature pseudo-exanthématique de l'affection pour la considérer comme un *exanthème vrai*, du fait de ses grandes analogies avec les fièvres éruptives.

C'est avec Brocq que nous voyons pour la première fois émettre cette hypothèse de la *nature infectieuse* du pityriasis rosé. Signalant le mode de début si spécial de l'affection par une plaque primitive persistant seule pendant quelques jours, puis l'apparition soudaine de l'éruption secondaire, l'éminent dermatologiste n'hésite pas à comparer cette évolution si spéciale en 2 temps à celle de la syphilis, avec son chancre primitif d'une part et sa roséole secondaire d'autre part. « Il semble, dit-il, que l'affection se conduit tout d'abord comme une affection purement locale et semble être le résultat direct d'une inoculation, puis, au bout d'un certain temps, il se produit une

sorte d'infection générale de l'économie caractérisée par une éruption généralisée et disséminée çà et là. »

Boscq n'admettait alors cette hypothèse que sous certaines réserves. Dans une étude remarquable, il vient récemment d'exposer avec beaucoup de talent sa manière de comprendre la nature du pityriasis rosé. Après avoir beaucoup insisté sur le mode de début habituel par une plaque primitive et sur l'évolution si spéciale de l'affection en 2 temps bien distincts, il n'hésite pas à conclure : « Nous adoptons résolument, au point de vue de la nature du pityriasis rosé, l'opinion avancée par nous en 1887, qui en fait une affection infectieuse, et nous pensons qu'elle est transmise à l'homme par les insectes parasites, peut-être par les linges de corps. Aux points inoculés se développent la ou les plaques primitives, puis, après une période pendant laquelle se fait l'infection de l'organisme, survient l'éruption secondaire, laquelle peut être rapprochée soit des éruptions secondaires de la syphilis, soit de celles des fièvres éruptives. »

Moingeard, dans son étude pathogénique fort serrée, n'hésite pas à conclure que « la maladie désignée sous le nom de pityriasis rosé est bien une maladie infectieuse, dont le retentissement sur l'organisme est, il est vrai, très bénin ».

Ce sera aussi l'opinion de Thibierge : « En résumé, dit-il, malgré les incertitudes et l'absence de démonstration formelle, l'opinion qui fait du pityriasis rosé le résultat d'une infection générale est la plus vraisemblable actuellement, elle seule tient compte des faits les mieux établis par l'observation clinique, l'absence des récives, le développement saisonnier en séries, la systématisation des lésions. »

C'est encore la conclusion de Darier : « Sa plaque initiale, sa non-récidivité parlent en faveur de sa nature infectieuse interne. »

Pour Gougerot, « le pityriasis rosé de Gibert semble être une infection spécifique (comme la rougeole), conférant l'immunité, apparaissant par séries au printemps et à l'automne (comme les zonas) ».

De tous ces remarquables travaux, un fait semble maintenant parfaitement établi : l'on ne peut plus considérer le pityriasis rosé comme la conséquence d'un état diathésique ou d'une auto-intoxication quelconque. L'évolution cyclique de la maladie, sa non-récidivité, son allure d'épidémicité, sont des arguments suffisants pour que l'on puisse considérer comme certaine la *nature infectieuse ou parasitaire* de l'affection, l'agent pathogène étant rigoureusement spécifique.

Malgré ses grandes analogies avec les fièvres éruptives, il nous semble cependant difficile de considérer le pityriasis rosé comme le résultat d'une *infection générale de l'organisme*. Cette affection semble, en effet, différer des fièvres éruptives par quelques points importants.

C'est d'abord le peu d'intensité et l'absence même de phénomènes généraux, dans la grande majorité des cas, alors que ces derniers sont de règle dans les fièvres éruptives. Nous avons vu que les conditions de terrain sont importantes pour l'apparition de l'affection, les phénomènes généraux, toujours atténués, que l'on peut observer ne font peut-être que traduire une altération de l'état général, une déficience quelconque de l'organisme, prédisposant à la maladie sans en être la conséquence ?

D'autre part, dans le pityriasis rosé, l'éruption est strictement limitée aux téguments cutanés, l'absence d'énanthème est de règle.

Nous n'observons ici jamais rien de comparable à l'angine de la scarlatine, au catarrhe oculo-nasal de la rougeole ou de la rubéole. Cette intégrité des muqueuses dans le pityriasis rosé nous semble être un caractère impor-

tant de l'éruption et est peu conciliable avec l'hypothèse d'une infection générale de l'organisme. L'éruption secondaire de l'affection strictement limitée à la peau se trouve ainsi difficilement comparable à celle de la syphilis ou des fièvres éruptives, où l'atteinte des muqueuses est de règle.

Enfin, il semble résulter de la remarquable étude de Brocq que la maladie est le résultat d'une *inoculation directe* par l'intermédiaire soit des *linges de corps*, soit des *insectes parasites de l'homme*; aux points inoculés se développent la ou les plaques primitives offrant tous les caractères d'une lésion causée par un agent parasitaire. Or, nous sommes particulièrement frappés de l'analogie complète de l'aspect objectif de la plaque primitive, d'une part, et des éléments circinés adultes, des médaillons de l'éruption secondaire, d'autre part. Il est, dans ces conditions, difficile d'admettre l'hypothèse de l'infection générale de l'économie pour expliquer l'éruption secondaire. Il nous semble que le même processus morbide doit présider à la formation de ces deux sortes d'éléments, primitifs et secondaires, leur aspect objectif étant identique. Si nous admettons, avec Brocq, l'hypothèse de l'origine parasitaire externe de la plaque primitive, véritable foyer initial d'inoculation, nous devons, par conséquent, écarter l'hypothèse de l'infection générale de l'organisme pour expliquer l'apparition de l'éruption secondaire et admettre au contraire l'hypothèse de la propagation pure et simple, de proche en proche, aux téguments de l'agent parasitaire. Et cette opinion que nous émettons nous semble confirmée par le fait que la localisation de l'éruption secondaire est conditionnée par le siège de la plaque primitive. Nous avons vu que la première poussée apparaît toujours dans le voisinage de la plaque primitive; l'éruption se généralise ensuite à tout le tronc au cours des poussées successives. Dans certaines formes localisées (variété des membres), l'éruption

secondaire peut même rester limitée à la région où est apparue la plaque primitive.

Aussi n'hésitons-nous pas à conclure que l'éruption secondaire résulte de la propagation de proche en proche, aux téguments, de l'agent parasitaire qui, après s'être développé au niveau des plaques primitives, foyer initial d'inoculation, se dissémine ultérieurement pour constituer les foyers multiples de l'éruption secondaire. Le pityriasis rosé de Gibert nous semble donc être une affection *parasitaire de cause externe*.

Il reste à nous demander quel est cet agent parasitaire pathogène. La configuration arrondie des éléments, avec leur centre plissé, leur bordure saillante, leur extension centrifuge, la multiplicité des lésions sur une surface donnée, établissent une indiscutable analogie avec les dermatomycoses. L'expansion circinée est, en effet, une tendance générale de la nature des champignons. Nous pouvons dire que la plaque primitive ainsi que les médaillons qui représentent les éléments adultes de l'éruption secondaire, simulent en tous points un cercle d'herpès circiné parasitaire. L'on conçoit facilement, dans ces conditions, que l'école viennoise ait pu faire du pityriasis rosé une trichophytie généralisée de la peau, à la suite d'Hébra, qui le décrit sous le nom d'herpès tonsurans maculosus.

Bien que cette façon de comprendre l'affection ait été confirmée par Kaposi, Neumann, Ullmann, il semble peu probable que l'agent en soit le trichophyton tonsurant.

Pour Blaschko, le pityriasis rosé serait provoqué non par le trichophyton tonsurant mais par un champignon voisin du trichophyton ou par des cocci.

Nous avons vu que Vidal décrit le microsporon anomœon ou dispar comme agent pathogène du pityriasis circiné et marginé fondu avec le pityriasis rosé par Besnier et considéré comme une variété de pityriasis rosé par la plupart des dermatologistes.

Enfin, il semble résulter des importants travaux de Du Bois confirmés par Covisa que l'agent pathogène de l'affection est bien un champignon le « *microsporon dispar* ». Nous nous sommes suffisamment étendus sur cette question de l'origine cryptogamique possible du pityriasis rosé pour ne pas y revenir. Nous ferons seulement remarquer qu'il nous est difficile d'admettre que les spores trouvées par Du Bois s'observent, non pas dans le pityriasis rosé véritable, mais dans des éruptions simulant le pityriasis rosé. Nous avons lu avec beaucoup d'attention les observations de Du Bois et celle de Covisa. Ces deux dermatologistes ont trouvé le microsporon dispar dans un cas absolument classique de pityriasis rosé avec plaque primitive, apparition secondaire d'une éruption généralisée avec éléments tout à fait typiques et évolution cyclique de la maladie. Il nous paraît, dans ces conditions, bien subtil de vouloir établir une distinction entre les dermatoses signalées par ces auteurs et le pityriasis rosé véritable, ces affections étant cliniquement absolument identiques. De nouvelles recherches sont absolument nécessaires pour conclure et jusqu'à preuve du contraire nous avons l'impression, avec notre maître, M. le Professeur Petges, qu'il s'agit bien d'une *affection parasitaire de nature cryptogamique*. Cette hypothèse est celle qui tient le mieux compte des faits les mieux établis par l'observation clinique. Elle explique, en effet, *l'aspect circiné des éléments éruptifs* avec leur centre plissé et leur bordure saillante, le *siège de l'éruption* conditionné par le siège de la plaque primitive, foyer initial d'inoculation et l'intégrité des muqueuses, l'absence d'énanthème.

Elle explique *l'évolution cyclique* de l'affection et son *allure d'épidémicité*.

Elle explique aussi la *non récidivité* de l'affection qui semble conférer une immunité durable. Nous connaissons en effet l'existence d'une imprégnation toxinique des tei-

gneux depuis les travaux de Truffi, Jadassohn et surtout de Bruno Bloch. Nous savons que Sabouraud a cru pouvoir conclure, de ses recherches propres, que « plus un dermatophyte donne lieu chez l'homme à une réaction inflammatoire vive, et plus forte est l'immunité qu'il confèrera au cobaye et sans doute à l'homme aussi ». Or le pityriasis rosé se comporte comme une affection aiguë, dont l'éruption rapidement généralisée s'accompagne d'une imprégnation assez profonde de l'organisme ainsi qu'en témoignent la micropolyadénopathie fréquente et les altérations de la formule sanguine. L'imprégnation toxinique doit être assez intense dans ces conditions pour conférer à l'organisme l'immunité durable que l'on observe.

Elle explique encore l'*éosinophilie* si fréquemment constatée au cours du pityriasis rosé et qui est un argument important en faveur du parasitisme de l'affection.

Elle explique enfin l'*importance du terrain* dans l'apparition de l'affection. L'importance de ce facteur apparaît, en effet, chaque jour de plus en plus grande en pathologie générale, nous savons maintenant que l'origine infectieuse ou parasitaire de nombreuses affections est favorisée par la réceptivité et les réactions d'un terrain spécial. Cette notion du terrain apparaît capitale, même en dermatologie et notre maître, M. le Professeur Petges attirait récemment l'attention sur cette question dans son rapport sur les épidermomycoses. « Des facteurs plus complexes que l'infection, dit-il, dominant en effet le problème. On sait depuis peu que les trichophyties ne sont pas des affections aussi localisées, aussi exclusivement externes qu'on le pensait, et qu'elles sont susceptibles d'envahir le milieu intérieur. Il en résulte des phénomènes d'allergie capables de modifier les réactions locales externes. C'est une question nouvelle qu'il ne paraît pas opportun d'aborder ici, et qui a été étudiée sous la dénomination de « trichophytides » par Bloch. Dans l'atmosphère de saprophytisme où nous

vivons, chacun n'est pas également apte à réagir vis-à-vis d'un parasite, hôte normal du tégument externe qui passe de l'état saprophyte à l'état pathogène et devient virulent sur un terrain mal défendu qui constituera la « Dominante étiologique de Brocq ». Les discussions de l'école française et de l'école de Vienne paraissent bien vaines à distance : l'infection, la prédisposition, le tempérament, la diathèse, constituent le complexe d'où naissent les réactions pathologiques ; à la graine il faut un terrain favorable. Ce qui est vrai en pathologie générale l'est aussi en pathologie cutanée. Les réactions cutanées, comme les appelle heureusement Brocq, sont des phénomènes complexes parfois combinés ressortissant à la fois des causes générales et quelquefois à des causes locales infectieuses. En matière d'épidermomycoses, la graine n'est pas tout, le terrain est apte ou non à subir l'infection ; il se défend bien ou mal ; qu'il s'agisse d'intertrigo, d'eczéma, de dysidrose, l'aptitude morbide, obésité, ralentissement de la nutrition, arthritisme, dyscrasie acide conserve son rôle primordial. On ne saurait demander à l'infection mycosique de revêtir un aspect clinique uniforme, alors qu'elle n'est qu'un facteur du problème et un prétexte fourni à l'organisme à réagir selon les tendances individuelles.

Une notion banale confirme ces données : guérison spontanée des teignes, l'avus excepté, à l'époque de la puberté ; rareté extrême des teignes chez l'adulte, indiquent bien l'importance du terrain ici comme ailleurs. »

Nous dirons donc pour conclure que la *cause parasitaire mycosique* du pityriasis rosé nous semble vraisemblable, cette affection étant favorisée par un terrain convenable, préparé par une déficience quelconque de l'organisme créant l'état d'allergie nécessaire au développement de l'agent pathogène.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic du pityriasis rosé offre un certain intérêt, cette affection bénigne, évoluant spontanément vers la guérison, pouvant simuler un certain nombre de dermatoses de pronostics et de traitements bien différents.

C'est toujours sur l'ensemble de l'éruption, sur l'aspect particulier des éléments, l'évolution cyclique de la maladie, que ce diagnostic doit se faire. Il est des plus faciles lorsque l'on se trouve en présence d'une éruption typique, avec ses caractères bien tranchés, caractérisée par :

1° L'existence d'une *plaque primitive* en un point quelconque du corps, que celle-ci soit unique ou multiple.

2° *Le polymorphisme* de l'éruption secondaire avec ses trois sortes d'éléments papuleux, maculeux et circinés.

3° *L'aspect particulier des éléments éruptifs* et surtout des médaillons avec leur liseré périphérique rosé finement squameux, leur centre de couleur fauve et comme affaissé avec l'aspect plissé si caractéristique.

4° *L'évolution cyclique* vers la guérison spontanée en six semaines à trois mois. Cependant l'on ne doit pas toujours s'attendre à trouver des caractères aussi nets, la plaque primitive peut faire défaut ou du moins rester ina-

perçue et confondue au milieu des autres éléments éruptifs, l'éruption peut se prolonger outre mesure et les médaillons peuvent ne pas se présenter avec leur aspect aussi caractéristique. Mais alors l'on trouvera toujours l'existence de 1, 2 ou 3 médaillons caractéristiques avec le liseré rose vif périphérique et l'aspect plissé de la partie centrale. La présence d'un seul de ces éléments si particuliers suffira alors pour faire porter immédiatement le diagnostic de pityriasis rosé.

Nous allons envisager successivement les différentes causes d'erreur, cette dermatose souvent méconnue étant de celles qui porte le plus aux erreurs de diagnostic.

Du fait de la possibilité d'une réaction générale assez intense au début, l'on éliminera facilement les *fièvres éruptives*, l'absence de catarrhè oculo-nasal et bronchique devant faire éliminer d'emblée la rougeole, l'absence d'angine, la scarlatine.

A. Bartet (1) signale la possibilité de confondre le pityriasis rosé avec les *taches rosées de la fièvre typhoïde*. Il a commis lui-même l'erreur chez un malade atteint d'une hépatite aiguë non suppurée et présentant une éruption de taches rosées, maculeuses et papuleuses, disséminées sur le tronc. Les taches rosées de la fièvre typhoïde s'effacent complètement à la pression du doigt, sont douces au toucher, les éléments pityriasiques au contraire ne s'effacent jamais complètement à la pression du doigt, ils sont le siège d'une fine desquamation et l'aspect plissé du centre est caractéristique. L'erreur ne peut donc être commise. Les *érythèmes* de toute sorte (alimentaires, médicamenteux), les *dermites artificiels* ne pourront guère prêter à erreur, un examen attentif de l'éruption révélera l'absence complète du médaillon particulier du pityriasis rosé et permettra de lever les doutes.

(1) Bartet : loc. cit.

C'est surtout d'avec le psoriasis, les eczématides (parakératoses psoriasiformes de Brocq), les épidermophyties et surtout les syphilides que le diagnostic devra être fait.

Le *psoriasis* sera facile à reconnaître à cause des signes de grattage donnant l'aspect de la tache de bougie, absolument caractéristique de cette affection, qui d'autre part est essentiellement chronique et récidivante. L'on trouvera en outre ici le signe de la rosée sanglante d'Auspitz, faisant toujours défaut dans le pityriasis rosé.

Les *eczématides* ou *parakératoses psoriasiformes* de Brocq pourront plus souvent être une cause d'erreur. Nous avons vu que Brocq considère qu'il existe toute une série de faits de passage entre le pityriasis rosé de Gibert d'une part, les parakératoses psoriasiformes d'autre part.

Le type de ce groupement factice, renfermant les affections les plus disparates, l'*eczéma flanellaire* de l'hôpital Saint-Louis ou *dermatose figurée médiathoracique* de Brocq, ne pourra guère prêter à l'erreur à cause de son évolution plus irrégulière, non cyclique, sa durée plus longue, l'aspect moins caractéristique des médaillons et surtout à cause de la coexistence de lésions associées du cuir chevelu et du sillon rétro-auriculaire. Cette dermatose est en effet toujours précédée ou accompagnée d'une séborrhée du cuir chevelu, elle débute par la tête pour s'étendre de là à la partie supérieure du dos et de la poitrine.

L'erreur sera au contraire plus facile en présence d'une *poussée aiguë de parakératose psoriasiforme*. L'on devra ici se baser sur l'absence de l'aspect plissé du centre des éléments éruptifs, l'absence de la plaque primitive, l'existence d'un élément ancien de parakératose psoriasiforme. Malgré tout ce diagnostic sera souvent à peu près impossible du fait de l'existence des formes éruptives intermédiaires aux deux types morbides.

« La différenciation du pityriasis rosé de Gibert vrai

et des eczématides de ce type n'est peut-être qu'une vue de l'esprit (Civatte), et nous considérons pour notre part, ainsi que nous l'avons vu, ces formes d'eczématides à type de pityriasis rosé de Gibert comme les formes anormales de cette affection évoluant sur un terrain particulier.

C'est surtout avec les *épidermomycoses* que cette affection peut être confondue. Cette confusion est des plus fréquentes et s'explique d'autant mieux que rien ne permet, comme nous l'avons vu, de rejeter l'hypothèse d'une origine mycosique du pityriasis rosé. L'on pourra cependant éviter de le confondre avec la *trichophytie cutanée* qui préfère les régions découvertes, dont les éléments sont plus localisés, plus nettement limités, plus vésiculeux, dont l'évolution est plus irrégulière, non cyclique sans tendance à la guérison spontanée et ne cédant qu'à un traitement iodé actif. Si un doute subsiste, il sera rapidement levé par l'examen microscopique des squames qui, après un simple dégraissage par la potasse, décèlera facilement l'existence d'éléments mycéliens caractéristiques.

L'erreur la plus grave de conséquences, et la plus souvent commise, est celle qui consiste à prendre le pityriasis rosé de Gibert pour une *syphilide secondaire* ou inversement. Elle est d'autant plus fréquente que le pityriasis rosé reste une dermatose ignorée par de nombreux médecins et du fait de la fréquence relative du pityriasis rosé chez les syphilitiques à la période secondaire. L'on risque ainsi, d'une part, de méconnaître une syphilis, qui, non traitée, va continuer son évolution avec toutes ses conséquences, d'autre part, de condamner à la syphilis un sujet uniquement atteint de pityriasis rosé de Gibert. La responsabilité du médecin se trouvera fortement engagée dans ce dernier cas, des conséquences déplorables pourront s'en suivre, le doute ainsi créé ne pouvant jamais être complètement écarté. De nombreux dermatologistes ont attiré l'attention sur

cette cause d'erreur. Fournier (1) a vu un malade chez lequel cette erreur avait été faite du fait de la localisation anormale de l'éruption. Il a commis lui-même, momentanément cette erreur, chez une malade dont l'aspect de l'éruption, située sur les cuisses, ne pouvait que faire porter le diagnostic de roséole syphilitique. La présence d'un médaillon, au niveau de la clavicule, lui permit seule de porter le diagnostic de pityriasis rosé.

Vidal reconnaît l'avoir faite lui-même, chez un malade pour lequel il porta le diagnostic de syphilide papulo-squameuse au début, l'évolution lui montra par la suite qu'il s'agissait d'un pityriasis rosé.

G. Wise (2) signale quatre cas dans lesquels il a observé cette erreur.

Aussi croyons-nous qu'il ne faudra jamais oublier de recourir à la réaction de Bordet-Wassermann dans tous les cas douteux. Cependant l'examen clinique pourra généralement permettre à lui seul de porter facilement un diagnostic ferme.

Dans la *roséole syphilitique*, les taches ou papules sont généralement arrondies, de coloration uniforme et souvent plus foncée que celle du pityriasis rosé. L'éruption est monomorphe dans la roséole, polymorphe dans le pityriasis rosé, du fait des poussées successives et subintrantes dans cette dernière affection.

La roséole se montre généralement, d'abord sur les parties latérales de l'abdomen, pour se répandre uniformément ensuite sur le tronc en respectant les régions sus et sous-claviculaires par où débute souvent le pityriasis rosé. Enfin et surtout la roséole n'est jamais squameuse alors que les éléments éruptifs du pityriasis rosé sont le siège d'une

(1) Fournier, Vidal : *Ann. de dermat. et syph.*, juin 1889, p. 879.

(2) G. Wise : Pityriasis rosea: with a report of several cases of the disease mistaken for cutaneous syph. *Medical record*, 11 mai 1907, p. 761.

fine desquamation furfuracée (roséole squameuse de Fournier).

Si le doute subsiste, dans certains cas, un examen attentif permettra souvent de découvrir l'existence de 1, 2 ou 3 médaillons caractéristiques dans le pityriasis rosé. Ce fut le cas dans notre observation VI où l'aspect général de l'éruption simulait, à un premier examen, la roséole, mais où un examen plus détaillé nous permit de constater la présence de quelques médaillons tout à fait nets.

Les syphilides papulo-squameuses, circonées pourront plus facilement prêter à erreur que la roséole.

Les papules surviennent en effet par petites poussées successives, l'on trouve comme dans le pityriasis rosé des éléments nombreux, disséminés et d'âge inégal. Mais ces papules sont toujours de faibles dimensions, d'une coloration rouge sombre jambonné caractéristique, cuivrées à la vitro-pression, indurées à la palpation. Rapidement la desquamation apparaît, mais cette syphilide reste pauvrement squameuse et l'on retrouve à la périphérie la collerette de Bielt.

Dans les syphilides circonées chaque cercle est papuleux, cuivré, à tendance squameuse. Mais l'on retrouve sur le cercle un ou deux éléments papuleux, plus larges, plus saillants et plus squameux. Cet aspect est caractéristique.

PRONOSTIC

Le pityriasis rosé de Gibert a un pronostic des plus favorables, cette affection essentiellement bénigne ayant une tendance spontanée à la guérison en six semaines à deux ou trois mois, et ne pouvant entraîner aucune conséquence grave.

Cependant le prurit, généralement modéré ou absent dans cette affection, peut parfois être assez intense pour affecter sérieusement le malade et rendre son sommeil impossible.

D'autre part, le malade se montre souvent profondément affecté par une éruption dont il s'exagère la gravité et qui l'effraie souvent. Il faut dans ces cas rassurer complètement le malade, lui montrer qu'il n'y a là rien de dangereux, que sa lésion n'est ni contagieuse ni vénérienne et que tout va disparaître en quelques jours.

Cependant, si cette dermatose est par elle-même des plus bénignes, l'on doit toujours se rappeler qu'elle apparaît le plus habituellement chez des gens dont l'état général est mauvais et dont le terrain est préparé par une déficience quelconque de l'organisme. Un examen complet est nécessaire pour déceler parfois cette cause de moindre résistance. L'on devra particulièrement songer à l'existence

de troubles gastriques, de tuberculose ou de syphilis. Le pityriasis sera aussi dans certains cas un symptôme avertisseur de premier ordre permettant de révéler l'existence d'une maladie évoluant sournoisement et de l'enrayer alors qu'il est encore temps.

Il importe dans tous les cas de réserver l'avenir et de surveiller attentivement le malade dans les jours qui suivent, au point de vue de ses sommets pulmonaires ou de l'apparition d'accidents syphilitiques.

TRAITEMENT

Le pityriasis étant par lui-même une affection des plus bénignes avec évolution naturelle vers la guérison spontanée, mieux vaut ne pas le traiter que de lui appliquer un traitement malencontreux.

Il est en effet assez facilement eczématisable. Il faut donc éviter toutes les causes d'irritation, telles que les bains de toutes sortes et surtout les bains sulfureux, les pommades réductrices ou mercurielles, les savonnages au savon noir.

Le mieux serait donc de laisser les lésions évoluer naturellement vers la guérison. Cependant le malade se montre souvent affecté de son éruption, il faudra alors commencer par le rassurer complètement en lui montrant la bénignité de son affection et il sera bon de lui ordonner un traitement dont l'effet moral contribuera grandement à lui enlever toute crainte. L'on se contentera de lui ordonner une poudre ou une pommade inerte, l'on pourra y joindre de l'acide salicylique ou de l'acide phénique si le prurit devient une cause de gêne pour le malade.

Nous nous sommes généralement bien trouvés de l'un des traitements suivants :

Poudrer les lésions matin et soir avec :

Talc pulvérisé	100 gr.
Acide salicylique	1 gr.

ou, en application matin et soir, une couche de la pommade :

Vaseline	100 gr.
Oxyde de zinc	50 gr.
Talc	50 gr.
Acide phénique	1 gr.

Si le prurit est trop intense, un examen complet du malade sera nécessaire pour corriger les troubles qui en sont souvent la cause : état gastrique, constipation, nervosisme, intoxication alimentaire, etc.....

L'on donnera du bromure dans le cas d'insomnie provoquée par le prurit.

Enfin, l'on n'oubliera jamais dans tous les cas d'examiner complètement le malade, cette dermatose étant souvent le symptôme avertisseur d'une affection évoluant insidieusement et qui est la cause de son mauvais état général habituel.

CONCLUSIONS

I. — Le pityriasis rosé de Gibert paraît être une affection de cause externe, à évolution cyclique, conférant l'immunité ; il présente les attributs d'une affection parasitaire.

II. — Cette affection ne paraît pas contagieuse, mais elle survient par séries, en particulier au printemps et à l'automne, comme il arrive pour les maladies épidémiques.

III. — Nous avons recherché les agents cryptogamiques décrits par Vidal, par Du Bois, sans pouvoir les trouver, bien que la description donnée par ces auteurs soit des plus convaincantes.

IV. — Dans l'étude hématologique de 6 cas de cette maladie, nous n'avons pas trouvé de signes permettant de penser à une affection générale, tandis que, un certain degré d'éosinophilie est en accord avec l'hypothèse de l'état parasitaire cryptogamique.

V. — L'origine diathésique de cette affection ne répond pas en quoi que ce soit à l'état général des malades des observations que nous avons compulsées ou de ceux que nous avons examinés. Il semble cependant, qu'un terrain favorable, une déficience quelconque de l'organisme, est nécessaire au développement de l'agent pathogène de l'affection.

Vu, bon à imprimer :

Le Président,

W. DUBREUILH.

Vu :

Le Doyen,

D^r C. SIGALAS.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 1^{er} Décembre 1922.

Pr le Recteur de l'Académie,

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,

E. FALLOT.

OBSERVATIONS

- ABERASTUNG. — Pityriasis rosada de Gibert. (Sociedad dermatológica argentina, 12 juin 1918). *Revista dermatologica*, juin 1919, p. 89.
- ADAMSON. — Discussion on pityriasis rosea. *P. S. of L., dermatological section*, 19 févr. 1914, p. 141.
- H. E. ALDERSON. — *The journal of cutaneous diseases*, mai 1914.
- ALIBERT. — *Précis théorique et prat. sur les maladies de la peau*, 2^e édit. 1822.
- ALLEN. — Pityriasis rosea in a boy. (New-York dermatological society, 20 déc. 1898). *Ann. dermatol. et syph.* 1899, 3^e série, t. x, p. 200.
- BARTET (A.). — *Archives de médecine navale* 1909, t. 92, p. 93.
- BARTHÉLÉMY ET COLSON. — *Traité prat. des maladies de la peau*. Dühring, traduct. Barth. et Colson, 1893. — Note 1 des traducteurs, p. 379.
- BAZIN. — *Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées de nature arthritique et dartreuse*. 1^{re} édit. 1860 et 2^e édit. 1868.
- *Leçons théoriques et cliniques sur les affections génériques de la peau*. Paris 1862, t. I, p. 331.
- BECHET. — Case for diagnostic. Pityriasis rosea or tinea circinata. (Manhattan, dermatological society, déc. 1913.) *Journal of cutaneous diseases*, juin 1914, p. 463.

- BESNIER. — Examen histologique du pityriasis rosé. *Ann. de dermat. et syph.* 1889, 2^e série, t. x, p. 338.
- Pityriasis rosé et dilatation de l'estomac. *Ann. de dermat. et syph.* 1889, 2^e série, t. x, p. 459.
- Pityriasis rosé : variété prolongée. *Ann. de dermat. et syph.* 1889, 2^e série, t. x, p. 25.
- *Société française de dermat. et syph.*, 12 novembre 1891.
- BLASCHKO. — Etiologie du pityriasis rosé. (Berliner dermat. Gesellschaft, 2 fév. 1892). *Ann. dermat. et syph.* 1892, 3^e série, t. III, p. 1289.
- Histologie du pityriasis rosé. (Berliner dermat. Gesellschaft, 6 juin 1899). *Ann. dermat. et syph.* 1900, 4^e série, t. I, p. 1250.
- BLAZY (Ch.). — La conjonctivite pityriasique. *Arch. gén. de médecine* 1874, t. I, p. 304.
- BLOM. — Discussion on pityriasis rosea. *P. S. of L., dermat. section*, 19 fév. 1914, p. 144.
- BOUCHARD. — Leçons sur les auto-intoxications dans les maladies, 1885.
- BROCO. — Note sur la plaque primitive du pityriasis rosé de Gibert. *Ann. de dermat. et syph.*, 2^e série, t. VIII, 1887, p. 615.
- Traitement des dermatoses, 2^e édit. 1892.
- Eruptions intermédiaires au pityriasis rosé de Gibert et aux séborrhéïdes psoriasiformes. *Presse médicale*, 11 juill. 1903, n^o 55, p. 501.
- Traité élémentaire de dermatologie pratique. Paris 1907.
- Problème de la nature du pityriasis rosé de Gibert. *Journal de médecine et de chirurgie prat.*, 25 janv. 1922, p. 49.
- BROOKE. — The relations of the seborrheic process to some other affect. of the skin, juin 1889.
- BRONSON. — Pityriasis rosea in a boy. (New-York dermat. society, 20 déc. 1898). *Ann. dermat. et syph.* 1899, 3^e série, t. x, p. 800.

- BRUNO BLOCH. — Dié trichophytien. (*Medicinische Klinik*, Berlin 1908, n° 51).
- BRUNO BLOCH ET R. MASSINI. — Etudes sur l'immunité et l'hyper-sensibilité dans les maladies provoquées par les hyphomycètes. (*Zeitschrift für hygiene und infection krankheiten* 1909), pl. XIII, fasc. 1, p. 68-90.
- CASSAR. — Sur un cas d'urticaire pigmentaire tardif associé à un pityriasis rosé. *Ann. dermat. et syph.* 1916-17, t. VI, 5^e série, p. 95.
- CAZENAVE (Alph.) ET SCHEDEL (H. E.). — Abrégé prat. des maladies de la peau, 3^e édit. 1838.
- CHAPARD. — Thèse de Paris 1885. De la roséole squameuse.
- CIVATTE. — Dermatologie, t. XXI du *Traité de patho.* de Sergent-Ribadeau, Dumas, Babonneix, 1923, p. 67 et 85.
- COVISA. — Pitiriasis rosada de Gibert. *Acta dermo-sifiliografica*, IV^e année, avril-mai 1922, n° 4, p. 233. Analyse in *Ann. dermat. et syph.* 1914-15.
- CUNNINGHAM (W.-P.). — Pityriasis rosea. *Medical record*. New-York, 6 sept. 1919, p. 96, 403.
- DARIER. — Thèse de Moingeard. Paris 1889 (étude histologique du pityriasis rosé.)
— *Précis de dermatologie*, 2^e édit. 1918, p. 91.
- DORE. — Discussion ou Pityriasis rosea. *P. S. of L., dermatological section*, 19 fév. 1914, p. 138.
- DU BOIS. — Parasite cryptogamique des dermatoses érythémato-squameuses du type pityriasis rosé de Gibert. *Ann. de dermat. et syph.* 1912, 5^e série, t. III, p. 32.
- DUBREUILH. — *Précis de dermatologie*.
- DÜHRING. — *Traité théorique et prat. des maladies de la peau*. Trad. Barth.-Colson 1883, p. 106, 181, 374, 377.
- EDDOVES. — Discussion on pityriasis rosea. *P. S. of L., dermatological section*, 19 févr. 1914, p. 138.
- FERNET (P.). — Thèse de Paris 1910. Les parakératoses psoriasiformes de Brocq.

- FEULARD. — Pityriasis rosé de Gibert et dilatation de l'estomac. *Ann. de dermat. et syph.* 1889, 2^e série, t. x, p. 459.
— Pityriasis rosé et roséole syph. *Bull. Soc. franç. de dermat. et syph.* 1891, p. 96.
- FOURNIER. — Pityriasis rosé. Variété prolongée. *Ann. de dermat. et syph.* 1889, 2^e série, t. x, p. 25.
— Pityriasis rosé avec localisation anormale de la plaque initiale et confondu avec une éruption syph. *Ann. de dermat. et syph.* 1889, 2^e série, t. x, p. 879.
- FRIED. — Zwei anmerkungen zur Behandlung von Haut-Hechten Pityriasis rosea und trichophytie. *Muenchener medizinische Wochenschrift*, 1919, n^o 49.
- GALLOMAY. — Discussion ou Pityriasis rosea. *P. S. of L., Dermatological section*, 19 févr. 1914, p. 147.
- GAUCHER (E.). — *Traité des maladies de la peau* 1895, t. I, p. 139.
— Maladies de la peau 1919, p. 65, (t. xiv du nouv. *Traité de médecine et de thérapeut.* de Gilbert et Thoinot).
- GIBERT. — *Traité prat. des maladies de la peau et de la syph.* 1860, p. 402.
- GOTTHEIL. — Case for diagnostic. Pityriasis rosea ? (Manhattan Dermatological Society, avril 1912). *J. of cutaneous diseases*, janv. 1914, p. 38.
— Psoriasis or pityriasis rosea ? (Manhattan Dermat. Soc., mai 1913). *J. of cutaneous diseases*, janv. 1914, p. 46.
- GOUGEROT. — *La dermatologie en clientèle*, 3^e édit. 1922, p. 181.
- GRAY. — Discussion on P. rosea. *P. S. of L., Dermato. sect.* 19 févr. 1914, p. 145.
- HALLÉN. — *J. of cutaneous diseases*. New-York 1896, t. xiv, p. 356.
- HALLOPEAU. — Pityriasis rosé, variété prolongée. *Ann. de dermat. et syph.* 1889, 2^e série, t. x, p. 25.
— Discussion sur l'origine du pityriasis rosé. *Ann. de dermat. et syph.* 1889, 2^e série, t. x, p. 338.

HALLOPEAU. — Sur un cas de pityriasis rosé remarquable par l'étendue et le siège crural de la plaque primitive ainsi que par sa longue incubation et le caractère ortié d'une partie de ses éléments. (Soc. franç. de dermat. et syph., 1^{er} mars 1900). *Ann. de dermat. et syph.* 1900, 4^e série, t. I, p. 396.

— Sur une forme ortiée de pityriasis rosé. (Soc. franç. de dermat. et syph., 9 nov. 1905). *Ann. de dermat. et syph.* 1905, 4^e série, t. IV, p. 867.

HALLOPEAU ET LEREDDE. — *Traité pratique de dermat.*, p. 316.

HARDY. — *Leçons sur les maladies de la peau* 1858, p. 121.

— *Leçons sur les affections cutanées et dartreuses*, 2^e édit. 1868.

— Art. Pityriasis du nouv. *Dict. de médecine et de chir. prat.* 1880.

— *Traité pratique et descriptif des maladies de la peau* 1886, p. 822.

HEATH. — Discussion on P. rosea. *P. S. of L., Dermato. sect.* 19 févr. 1914, p. 143.

HEBRA ET KAPOSI. — *Leçons sur les maladies de la peau*, trad. A. Doyon, 1878, t. II.

HILAIRET ET GAUCHER. — *Traité théor. et prat. des maladies de peau*, 885, t. I, p. 621.

HOLLMANN. — Zur histopathologie der Pityriasis rosea Gibert. *Archiv. f. dermat. und syph.* 1900, t. LI, p. 229. (Berliner dermat. Gesellschaft, 6 juin 1899). Analyse in *Ann. de dermat. et syph.* 1900, 4^e série, t. I, p. 1103.

HORAND. — Note pour servir à l'histoire du pityriasis circiné. *Ann. de dermat. et syph.*, t. VII, n^o 1, 1875-76, p. 352.

ISAAC. — Discussion sur l'étiologie du pityriasis rosé. (Berliner dermat. Gesellschaft, 2 févr. 1892). *Ann. de dermat. et syph.* 1892, 3^e série, t. III, p. 1289.

JACQUET. — Note sur deux cas de pityriasis rosé observé chez des sujets atteints de dilatation gastrique. (Société clinique, 27 mai 1886). *France médicale* 1886, t. I, p. 781.

- JADASSOHN. — *Berliner dermat. Gesellschaft*, 2 févr. 1892.
- JOHNSON. — Pityriasis rosea in a boy. (New-York dermat. Soc. 20 déc. 1898). *Ann. de dermat. et syph.* 1899, 3^e série, t. x, p. 800.
- JOSEPH. — Discussion sur l'étiologie du pityriasis rosé. (Berliner dermat. Gesellschaft, 2 févr. 1892). *Ann. dermat. et syph.* 1892, 3^e série, t. III, p. 1289.
- KAPOSI (M.). — *Leçons sur les maladies de la peau*, trad. A. Doyon, E. Besnier, 1881, p. 431.
— Herpès tonsurant maculeux. (Wiener dermatologische Gesellschaft, 8 févr. 1899). *Ann. dermat. et syph.* 1899, 3^e série, t. x, p. 865.
— Pathogénie et traitement des maladies de la peau, trad. A. Doyon et E. Besnier, 1891, t. II.
- KLOTZ. — Pityriasis rosé chez un syphilitique. (New-York dermat. Society, 27 févr. 1900). *Ann. dermat. et syph.* 1901, 4^e série, t. II, p. 197.
- LASSAR. — Discussion sur l'étiologie du pityriasis rosé. (Berliner dermat. Gesellschaft, 2 févr. 1892). *Ann. dermat. et syph.* 1892, 3^e série, t. III, p. 1289.
- LEBRETON. — Thèse de Paris 1919-20. Le pityriasis rosé de Gibert est une tuberculide (étude pathogénique).
- LE DAMANY. — Le pityriasis rosé de Gibert est une tuberculide. *Presse médicale*, 10 mars 1919, n° 14, p. 121.
- LESLIE ROBERTS. — Discussion on pityriasis rosea. *P. S. of L., Dermato. sect.*, 19 févr. 1914, p. 138.
- E. GR. LITTLE. — Case of pityriasis rosea with some unusual characters. *P. S. of L., Dermato. sect.*, 16 juill. 1914, p. 274.
— Pityriasis rosea. *The Lancet*, 21 nov. 1914, t. II, p. 1196.
- MAC LEOD. — Discussion on pityriasis rosea. *P. S. of L., dermat. section*, 19 févr. 1914, p. 144.
- MÉGUIN. — Les teignes chez les animaux domestiques et leur identité ou leur analogie avec celles de l'homme. (Société de biologie, 8 nov. 1879). *Ann. de dermat. et syph.* 1880, 2^e série, t. I, p. 101.

- METTON. — Thèse de Paris 1877. Etude sur le pityriasis rosé.
- MILIAN. — L'éosinophilie dans le pityriasis rosé. *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et syph.* 1922, n° 5, 11 mai 1922.
- MOINGEARD. — Thèse de Paris 1889. Etude sur le pityriasis rosé de Gibert.
- NEUMANN. — *Traité des maladies de la peau*, traduct. Darin, 4^e édition, 1880.
- Herpès tonsurant maculeux. (Wiener Dermatologische Gesellschaft, 8 févr. 1899). *Ann. de dermat. et syph.* 1899, 3^e série, t. v, p. 865.
- NICOLAS. — Thèse de Paris 1885. De la roséole squameuse.
- NORMAN WALKER. — An introduction to dermatology, Bristol, 1899.
- OPPENHEIM. — Fall zur Diagnosestellung Pityriasis rosea Parapsoriasis (W. D. G., 5 mars 1914). *Af. D., Berichtheil*, juin 1914, p. 42.
- ORO (M.) ET MOSCA (L.). — Sulla pityriasis rosea di Gibert, ricerche cliniche, anatomopatologiche, batteriologiche sperimentali. Commentario clinico della malattia cutanee e genito-urinaire, 1893, pp. 118 et 207; 1894, p. 98. *Ann. dermat. et syph.*, 1895, 3^e série, t. vi, p. 426.
- PAUTRIER. — Les tuberculoses cutanées. *Dermatologie*, 1923, p. 561 (t. XXI du *Traité de médecine* de Sergent-Ribadeau-Dumas-Babonneix).
- PERNET. — Discussion on pityriasis rosea. *P. S. of L., dermatosection*, 19 fév. 1914, p. 146.
- PETGES (G.). — Les épidermomycoses. 1^{er} Congrès des dermatologistes et syph. de langue française, 6 juin 1922 (Masson, éditeur, Paris).
- PIGNOT. — Art. Pityriasis du *Dict. encycl. des Sciences médicales*, 1885.
- PINARD (M.). — Deux cas de pityriasis rosé de Gibert apparus pendant l'incubation de la syphilis. *Bull. Soc. franç. de dermat. et syph.*, 1919, p. 249.

PHILIPPS. — *British medical journal*, 1895, vol. I, p. 254.

PRIMO FERRARI. — Sur l'étiologie du pityriasis rosé (communication à l'Academia Gioenia di Catana, 26 juillet 1895). *Ann. dermat. et syph.*, 1886, 2^e série, t. VII, p. 185.

RADCLIFFE CROCKER. — *Diseases of the skin*, Londres, 188, p. 203, et 3^e édition, 1903, p. 360.

RENAUT. — Syphilis secondaire et pityriasis rosé. *Bull. Soc. franç. dermat. et syph.*, 1891, p. 40.

— Récidive d'alopecie syphilitique, forme en clairières, trois ans et demi après le début de la maladie. Pityriasis rosé concomitant. *Bull. Soc. franç. dermat. et syph.*, 1904, p. 86.

RENDU. — Recherches sur les altérations de la sensibilité dans les affections de la peau. *Ann. dermat. et syph.*, 1897, n^o 75, t. VI, 1^{re} série, p. 21.

ROSENTHAL. — Discussion sur l'étiologie du pityriasis rosé (Berliner dermat. Gesellschaft, 2 fév. 1892). *Ann. de dermat. et syph.*, 1892, 3^e série, t. III, p. 1289.

SABOURAUD. — Les maladies desquamatives. Pityriasis et alopecies pelliculaires. Paris, 1904, p. 624.

— Les teignes, Paris, 1904, p. 624.

SAVILL. — Discussion on pityriasis rosea. *P. S. of L., Dermato. Section*, 19 fév. 1914, p. 141.

SAALFELD. — Discussion sur l'étiologie du pityriasis rosé (Berliner Dermat. Gesellschaft, 2 fév. 1892). *Ann. dermat. et syph.*, 1892, 3^e série, t. III, p. 1289.

SHERWELL. — *J. of cutaneous diseases*, New-York, 1896, t. XIV, p. 355.

SIMON (Cl.). — *Bull. Soc. franç. dermat. et syph.*, 1919, p. 249, ét 11 mai 1922.

SZABOKY. — Beitrage zur Aetiology der pityriasis rosea, *Monatshefte f. prak. dermat.*, 1906, t. XLII, p. 495.

- TENNESON. — Importance de la plaque initiale dans le pityriasis rosé (Soc. franç. dermat. et syph., 12 nov. 1891). *Ann. dermat. et syph.*, 1891, 3^e série, t. II, p. 867.
— *Traité clinique de dermat.*, 1893.
- THIBIERGE. — *Pratique dermat.*, t. III, p. 894.
- TOWLE (H.). — *J. of cutaneous diseases*, avril 1904, p. 177.
- TRIMBLE. — Case por diagnostic. Pityriasis rosea (N. Y., D. S., 16 déc. 1913). *J. of cutaneous diseases*, juin 1914, p. 445.
- TRUFFI. — Ricerche sulla tricotina (*Clinica medica ital.*, 1904).
- ULLMANN. — Herpès tonsurant maculeux (Wiener Dermato. Gesellschaft, 8 fév. 1899). *Ann. dermat. et syph.*, 3^e série, t. x, p. 865.
- UNNA. — Histopathologie der Hautkrankheiten. Lettres de Paris in *Monatshefte f. prak. dermat.*, 1888. Analyse in *Ann. dermat. et syph.*, 1888, 2^e série, t. IX.
- VIDAL. — Du pityriasis, *Progrès médical*, 1877, p. 685.
— Du pityriasis circiné et marginé. Description de son mycoderme, le microsporion anomæon. *Ann. dermat. et syph.*, 1882, t. IV, 2^e série, p. 22.
— Discussion sur l'étiologie du pityriasis rosé. *Ann. de dermat. et syph.*, 1889, p. 338.
— Confusion du pityriasis rosé et de la syphilis. *Ann. de dermat. et syph.*, 1889, 2^e série, t. x, p. 879.
- WEYL. — *Berlinischer klinische Wochenschrift*, 1882, p. 495.
- WILLAN ET BATEMAN. — Description of cutaneous diseases, 1799.
- WISE (G.). — Pityriasis rosé : with a report of several cases of the disease mistaken for cutaneous syph. *Medical Record*, 11 mai 1907, p. 761.
- WILSON (E.). — Lectures on eczema, 1870, pp. 150 et 356.
— Lectures on dermatology delivered in 1871-72-73.

WILSON (E.). — The student's book of cutaneous medicine, London, 1864, t. I, p. 82.

WHITFIELD. — Discussion on pityriasis rosea. *P. S. of L., dermatol. Sect.*, 19 fév. 1914, p. 139.

ZIEMSEN. — Handbook of diseases of the skin, 1885, p. 262.

